JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Podpora dítěte s vývojovou dysfázií v předškolní vzdělávací instituci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

České Budějovice 2013

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Alena Váchová

Vypracovala:

Irena Čermáková

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 3. 2013. Irena Čermáková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PaedDr. Aleně Váchové za odborné vedení, cenné rady, praktické připomínky a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Děkuji také školní logopedce Mgr. Dagmar Janouškové za poskytnutí informací a spolupráci.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je přispět ke zkvalitnění podpory dětí s vývojovou dysfázií v předškolní vzdělávací instituci. V teoretické části jsem vycházela z vývoje dětské řeči, dále jsem specifikovala narušený vývoj řeči a zaměřila se na problematiku vývojové dysfázie z hlediska diagnostiky, terapie, ale také vzdělávání a podpory dítěte s vývojovou dysfázií. V praktické části jsou zpracovány případové studie tří dětí s cílem rozkrýt pozitiva i rizika vzdělávání v logopedické třídě při speciální mateřské škole. Pozornost byla věnována jejich posunu ve vzdělávání v závislosti na pedagogickém působení, spolupráci mateřské školy s rodinou a poradenskými zařízeními. Součástí kvalitativního výzkumu jsou rozhovory s matkou dítěte.

Klíčové pojmy

Vývoj řeči, vývojová dysfázie, předškolní vzdělávání, speciální vzdělávací potřeby, terapie vývojové dysfázie, rodina, rozhovor.

ABSTRACT

The aim of this bachelor´s thesis is to contribute to the improvement of the support for children suffering from their developmental dysphasia in the pre-school education establishment. The theoretical part is based on the development trends of children's speech, then I characterized the aspects of the impaired speech developments and finally I focused on developmental dysphasia issues from the diagnostic and therapeutic viewpoints, as well as on the issues of the education and support for children with developmental dysphasia. The practical part contains case studies concerning three children in order to reveal positive as well as risk factors of the education held in a special kindergarten logopaedic class. The special attention was paid to their educational progress depending on pedagogical activity, mutual co-operation among kindergarten, the family and advisory centres. The interviews with the child's mother form the part of the progress - evaluating research.

Key words

Development of the speech, developmental dysphasia, pre-school education, special educational means, therapy of developmental dysphasia, family, interview.

OBSAH

OBSAH 6

ÚVOD 8

1 VÝVOJ DĚTSKÉ ŘEČI 9

1.1Ontogeneze řeči 9

1.1.1 Přípravná stadia vývoje řeči 10

1.1.2 Vlastní vývoj řeči 12

1.1.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči 13

1.2 Narušený vývoj řeči 16

2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE 18

2.1Vymezení pojmu 18

2.2Etiologie vývojové dysfázie 19

2.3 Symptomatologie vývojové dysfázie 20

2.4Diagnostika a terapie vývojové dysfázie 23

2.4.1 Diagnostika foniatrická 23

2.4.2 Diagnostika neurologická 24

2.4.3 Diagnostika logopedická a speciálně pedagogická 24

2.4.4 Diagnostika psychologická 27

2.4.5 Diagnostika diferenciální 27

2.4.6 Terapie vývojové dysfázie 28

2.5 Možnosti vzdělávání předškolních dětí s vývojovou dysfázií 30

3VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ 31

3.1Cíle výzkumu 31

3.2Metody výzkumu 31

3.3Prostředí výzkumného šetření 31

3.4Vlastní výzkumné šetření 33

3.4.1 Případová studie č. 1 33

3.4.2 Případová studie č. 2 42

3.4.3 Případová studie č. 3 53

3.5Výsledek výzkumného šetření 62

ZÁVĚR 66

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 68

SEZNAM PŘÍLOH..... 69

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Podpora dítěte s vývojovou dysfázií v předškolní vzdělávací instituci“ jsem si zvolila hlavně proto, že se mě osobně dotýká v mé praxi. Pracuji v logopedické třídě při speciální mateřské škole a s dětmi s narušeným vývojem řeči se denně setkávám. Především děti s diagnózou vývojová dysfázie jsou klienty naší mateřské školy. Tuto problematiku jsem si zvolila také proto, že jsou její důsledky často podceňovány. Děti s tímto handicapem jsou do značné míry limitovány ve všech oblastech rozvoje, včetně sociálního a emocionálního vývoje. Důležitým hlediskem je v první řadě závažnost postižení, dále záleží na včasné diagnostice a následně probíhající terapii.

Cílem mé práce je prokázat, že u této závažné a diagnosticky i terapeuticky obtížné poruchy je zapotřebí systematické a komplexní péče. Podle mého názoru takovou péči může poskytnout v předškolním věku právě specializovaná mateřská škola se sníženým počtem dětí. Také zde je možné hledat možnosti zlepšení, a právě to je cílem mé bakalářské práce - přispět ke zkvalitnění podpory dětí s vývojovou dysfázií ve speciální mateřské škole. Sledovala jsem vzdělávací působení v mateřské škole, zejména spolupráci učitelek, logopedů a rodiny, která je podmínkou komplexní péče. Dále jsem sledovala přínos individuálního vzdělávání pro rozvoj osobnosti dítěte a zaměřila se na možnosti ovlivňování přirozeného vývoje dítěte.

V první teoretické části je zpracováno téma vývoje dětské řeči a to z hlediska všech rovin jazykového projevu. Dále jsem specifikovala narušený vývoj řeči a problematiku vývojové dysfázie. Zaměřila jsem se na diagnostiku, terapii a možnosti vzdělávání předškolního dítěte s vývojovou dysfázií. V této části jsem využila metodu analýzy odborné literatury. Praktická část obsahuje případové studie tří chlapců s vývojovou dysfázií. V analýze průběhu vzdělávání jsem sledovala vzdělávání těchto dětí v mateřské škole, jejich pokrok v průběhu jednoho roku docházky do logopedické třídy. Zaměřila jsem se na spolupráci mateřské školy s rodinou a příslušnými odborníky. Výzkumné šetření je založeno na kvalitativním výzkumu, dlouhodobém pozorování a rozboru diagnostických materiálů. Dále jsem využila metody rodinné a osobní anamnézy, metodu strukturovaného rozhovoru a analyzovala jsem produkty činnosti dětí.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 VÝVOJ DĚTSKÉ ŘEČI

„Záhy se tedy mají otevírat smysly k pozorování věcí,

ježto musí po celý život mnoho poznávat a konat…“

J. A. Komenský

Řeč je specificky lidská schopnost, která není člověku vrozena, proto se jí musí učit. Novorozenec si sice přináší na svět vrozenou dispozici naučit se řeči, ale bez řečového kontaktu s mluvním okolím by se tato schopnost dále nerozvinula[1].

1.1 Ontogeneze řeči

Rozvoj řeči je těsně svázán s rozvojem myšlení, motoriky a senzorického vnímání. Vývoj řeči u dítěte je třeba sledovat v souladu s celkovým psychickým vývojem a se zřetelem k různým podmínkám vytvářeným dynamikou zevního prostředí. Za klíčové období je považováno období do šestého roku života dítěte. Přibližně do 3. - 4. roku je vývojové tempo nejrychlejší.

Charakter vývoje řeči ovlivňují především následující faktory[2]:

- stav centrální nervové soustavy
- úroveň intelektových schopností
- úroveň motorických schopností
- úroveň sluchového a zrakového vnímání
- vrozená míra nadání pro verbální komunikaci
- sociální prostředí, v němž se dítě nachází.

[1] KUTÁLKOVÁ, D. *Vývoj dětské řeči krok za krokem.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3080-6.

[2] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

Většina autorů dělí vývoj řeči na **přípravná stadia** (předřečové období) a **stadia vlastního vývoje řeči.** Setkáváme se s názory, že je nutné přistupovat k hodnocení vývoje řeči u každého dítěte individuálně, v každém vývojovém období je nutné připustit určitou časovou variabilitu[3].

Sovák v ontogenezi dětské řeči rozlišuje:

- **předběžná stadia vývoje řeči** - období křiku
  - období žvatlání
  - období rozumění řeči
- **vývoj vlastní řeči** - stadium emocionálně-volní
  - stadium asociačně-reprodukční
  - stadium logických pojmů
  - intelektualizace řeči[4]

Lechta (1995) rozčleňuje vývoj řeči do vývojových fází, které lze použít při orientačním posouzení úrovně řeči:

1. období pragmatizace (asi do jednoho roku života)
2. období sémantizace (1. – 2. rok života)
3. období lexémizace (2. – 3. rok života)
4. období gramatizace (3. – 4. rok života)
5. období intelektualizace (po 4. roce života)[5]

Klenková (2006) uvádí, že při sledování vývoje řeči je možné postupovat chronologicky podle jednotlivých etap, nebo je možné sledovat vývoj řeči podle jednotlivých jazykových rovin, které se v ontogenezi řeči různě prolínají.

1.1.1 Přípravná stadia vývoje řeči

V tomto období, které probíhá přibližně do 1 roku života, si dítě osvojuje návyky, na jejichž základě vzniká později skutečná řeč. Tyto činnosti charakterizujeme jako

[3] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[4] SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie.* Praha: SPN, n. p. Praha, 1981. publikace č. 06-40-11/I/2
[5] LECHTA, V. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN80-88824-18-4.

předverbální a neverbální aktivity. **Předverbální projevy**, jako například křik a broukání, mají užší vazbu na budoucí zvukovou, slovní, mluvenou řeč dítěte. **Neverbální projevy**, obsahující nezvukové i zvukové prvky, nemusí být přímo vázány na budoucí mluvenou řeč. Je to například zrakový kontakt, komunikace na základě tělesného kontaktu při kojení a další. Neverbální komunikace na rozdíl od předverbální, která je v budoucnu nahrazena verbálními projevy, přetrvává v různých formách po celý život[6].

Z ontogenetického hlediska začíná vývoj řeči **obdobím novorozeneckého křiku.** Jde o první řečový projev bezprostředně po narození dítěte. První novorozenecký křik je považován za projev reakce na změnu prostředí, vyjadřuje nelibost na změnu teploty, později na pocit hladu[7]. Klenková (2006) uvádí, že se jedná o reflex vyvolaný podrážděním dýchacího centra přechodem z placentárního zásobování kyslíkem na plicní dýchání.

Novorozenec je podle Klenkové (2006) již první tři hodiny po porodu schopen interakce-příklonu (může navazovat zrakový kontakt, sledovat obličej matky, otáčet hlavu za libými zvuky). Bytešníková připomíná, že v novorozeneckém období můžeme také pozorovat náznaky první neverbální komunikace (senzomotorická stimulace – bohatá škála doteků tělíčka dítěte a občasná něžná změna jeho polohy). Od 2. – 3. týdne se u dítěte objevuje vrozený výrazový pohyb – úsměv[8].

Kolem šestého týdne se nevýrazný hlasový projev dítěte začíná měnit. Zvětšuje se rozsah hlasu i jeho intenzita a roste zejména schopnost vyjádřit pocity. Tvrdý hlasový začátek je signálem nelibosti, bolesti, odporu, nespokojenosti a lze jej jednoznačně nazvat pláčem. Naopak měkký hlasový začátek signalizuje spokojenost. Zvětšuje se také škála zvuků, protože dítě opakuje sací pohyby a postupně objevuje možnosti pohybu jazyka a rtů. Tyto zvukové sekvence označujeme jako **broukání**[9].

---

[6] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

[7] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

[8] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

[9] KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči.* Praha: Galén, 5. přepracované vydání, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

Na toto období plynule navazuje **období pudového žvatlání**. Jde o hru s mluvidly, kdy dítě provádí obdobné pohyby jako při přijímání potravy. Tyto pohyby jsou provázeny hlasem. Dítě objevuje možnosti melodie, mění výšku i sílu hlasu, takže vzniká dojem prozpěvování. Pudové žvatlání se vyskytuje u dětí všech národů, žvatlají děti slyšící i neslyšící. Od šestého měsíce dochází k vědomému zapojení sluchové i zrakové kontroly, dítě začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka a sleduje pohyby mluvidel okolních lidí, zvláště matky. Hovoříme o **období napodobujícího žvatlání**. Přesněji než hlásky dovede napodobit melodii a rytmus. Opakování hláskových skupin při žvatlání se označuje termínem *„fyziologická echolálie“*. Toto období je důležité z hlediska rozpoznání sluchové vady, protože napodobující žvatlání se vyskytuje pouze u dětí slyšících[10].

Přibližně kolem desátého měsíce věku dítěte nastupuje poslední přípravné období, které předchází vlastnímu vývoji řeči – **období rozumění řeči**. Lechta uvádí, že se jedná o neverbální *„komunikaci gesty“* na prvosignální úrovni. Dítě reaguje (zejména motoricky) na globální zvukový obraz toho, co uslyší v asociaci s celkovou konkrétní situací, která se často opakuje[11]. Reakci dítěte vyvolává melodie řeči, velký význam má mimika a gestikulace mluvící osoby. V tomto období je důležité dítěti poskytnout dostatek kontaktu s ostatními lidmi. Matějček toto období nazývá univerzitou dětského věku. Slovo se spojuje s pohybem, projevy radosti okolí vedou dítě k opakování[12].

1.1.2 Vlastní vývoj řeči

Kolem prvního roku života dítěte nastupuje vlastní vývoj řeči v pravém slova smyslu. Dítě začíná užívat jednoslovné věty – první slova, která splňují funkci vět. Významově tyto slova vyjadřují potřeby, přání, city, prosby. Toto období nazýváme emocionálně volním. První dětská slova jsou jednoslabičná i víceslabičná a jsou spojena s konkrétními osobami a věcmi. Podle Klenkové (2000) má mimořádný význam přízvuk a citové zabarvení, intonace. Pasivní slovní zásoba v tomto období převládá nad aktivní.

[10] KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I.* Brno: Paido. 2. vydání, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
[11] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
[12] PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum.* Olomouc: Pedagogická fakulta. 2001. ISBN 80-244-0258-0.

V časovém období kolem roku a půl až dvou let nastává **egocentrické stadium** vývoje řeči, kdy dítě objevuje mluvení jako činnost, opakuje slova a řečí napodobuje dospělé osoby. Nastupuje takzvaný první věk otázek – *„Co je to? Kdo je to?“* Dle Sováka v rozvoji samostatné řeči nabývají slova pojmenovací funkce, kdy dítě označuje různými výrazy nejdříve konkrétní osoby a jevy ve svém okolí. Taková označení později přenáší na jevy podobné[13]. Protože dítě v obdobných situacích reprodukuje jednoduché asociace, toto stadium nazýváme **stadiem asociačně reprodukčním.** Mezi druhým a třetím rokem nastupuje **stadium rozvoje komunikační řeči**, kdy se dítě pomocí řeči snaží dosahovat různé drobné cíle. Dítě zjišťuje, že pomocí řeči může usměrňovat dospělé[14].

Klenková uvádí, že kolem třetího roku dítěte můžeme pozorovat **stadium logických pojmů.** Pomocí abstrakce se slova, která byla doposud úzce spjatá s konkrétními jevy, stávají všeobecnými pojmy. Při těchto náročných myšlenkových operacích dochází často v období kolem třetího roku k těžkostem, k vývojovým obtížím v řeči – opakování hlásek, slabik, slov, neplynulost apod. Slovní zásoba se pohybuje okolo jednoho tisíce slov. Na přelomu 3. a 4. roku dítě vyjadřuje svoje myšlenky zpravidla obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Další vývoj se týká kvantitativní stránky osvojování nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov a gramatických forem, rozšiřování slovní zásoby. Tento proces se nazývá **intelektualizací řeči.** Tato etapa pokračuje až do dospělosti člověka[15].

1.1.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

V ontogenezi řeči se jazykové roviny prolínají, jejich vývoj probíhá v jednotlivých časových úsecích současně.

- **Morfologicko-syntaktická rovina**

Tato rovina verbálních projevů odráží podle Lechty (1990) poměrně přesně celkovou úroveň duševního vývoje dítěte[16]. Gramatickou rovinu řeči můžeme zkoumat

[13] SOVÁK, M. *Logopedie.* Praha: SPN, 1978. Publikace č. 06-40-11/II,/1.
[14] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
[15] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[16] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

až okolo jednoho roku, kdy začíná vývoj řeči v pravém slova smyslu. První slova splňují funkci vět a vznikají opakováním slabik. Slova dítě neskloňuje a nečasuje, podstatná jména většinou užívá v 1. pádě, slovesa v infinitivu, případně ve 3. osobě nebo v rozkazovacím způsobu. Projevy pomocí izolovaných slov trvají asi do roka a půl až dvou let. Poté v dětské řeči můžeme sledovat období dvouslovných vět. Z hlediska morfologie dítě začíná nejdříve používat podstatná jména, později slovesa, mezitím se objevují onomatopoická citoslovce (zvukomalebná). V období mezi 2. a 3. rokem používá dítě přídavná jména, postupně i osobní zájmena. Nakonec číslovky, předložky a spojky. Po 4. roce dítě obvykle užívá všechny slovní druhy[17].

Klenková (2006) uvádí, že dítě mezi 2. a 3. rokem začíná skloňovat, po 3. roce užívá jednotné a množné číslo. Poměrně dlouho má potíže se stupňováním přídavných jmen. Typické je, že slovo, které má pro dítě emocionální význam, klade ve větě na první místo[18]. Mezi 3. a 4. rokem života již dítě tvoří souvětí, zpočátku slučovací. Pokud se vyskytují odchylky v gramatické stavbě řeči do čtvrtého roku života, hovoříme o tzv. *fyziologickém dysgramatismu.* Po čtvrtém roce by již měla být řeč dítěte z gramatického hlediska správná[19].

- **Lexikálně-sémantická rovina**

Zabývá se slovní zásobou a jejím vývojem, pasivním i aktivním slovníkem. Klenková popisuje, že přibližně okolo 10. měsíce můžeme u dítěte registrovat začátky rozvoje pasivní slovní zásoby, dítě začíná „rozumět“ řeči. Kolem jednoho roku dítě začíná postupně používat i svoje první slova – rozvíjí se aktivní slovní zásoba. Dorozumívání je však stále na úrovni pohledů, mimiky, pohybů a pláče.

Lechta (1990) popisuje, že dle Drvoty první slova dítě chápe všeobecně - *hypergeneralizace* (např. *mňau* je pro dítě vše, co je chlupaté a má čtyři nohy). Když dítě umí více slov, pozorujeme opačnou tendenci – *hyperdiferenciaci*, kdy dítě považuje slova za názvy jedné určité věci nebo osoby (např. *babi* je označení pouze pro jeho babičku). Lechta (1990) uvádí, že podle Sternových ve vývoji řeči dítěte rozlišujeme první a druhý věk otázek. V období okolo 1,5 roku je typické pokládání

[17] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
[18] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[19] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

otázek *„Co je to? Kdo je to?“*, pro věk 3,5 roku jsou typické otázky *„Proč? Kdy?“*. Individuální slovní zásoba dítěte se rozšiřuje nerovnoměrně a u jednotlivých dětí odlišně[20].

Z výzkumů se vytvořením průměrných údajů dovídáme, že v období okolo 1 roku je slovní zásoba dítěte 5-7 slov, u dvouletého dítěte přibližně 200 slov, u tříletého téměř 1000 slov. Ve věku 4 let má dítě slovní zásobu asi 1500 slov, před nástupem do školy v 6 letech je slovní zásoba okolo 2500-3000 slov. Tento přehled ukazuje, že největší nárůst slovní zásoby je do 3. roku života dítěte[21].

- **Foneticko-fonologická rovina**

Zabývá se zvukovou stránkou řeči, základními jednotkami této roviny jsou hlásky, z fonologického hlediska fonémy. Důležitým momentem v ontogenezi řeči je období přechodu z pudového žvatlání na žvatlání napodobující (6. - 9. měsíc)[22]. Lechta (1990) zdůrazňuje, že až od tohoto stadia je možné mluvit o vývoji výslovnosti v pravém slova smyslu, protože do té doby zvuky produkované dítětem nelze klasifikovat jako hlásky mateřského jazyka.

Fonetická stránka ontogeneze řeči se podle Schulze (Lechta, 1990) řídí tzv. pravidlem nejmenší fyziologické námahy – dítě vytváří nejprve hlásky vyžadující nejmenší námahu, později hlásky fyziologicky náročnější. Podle tohoto pravidla tvoří dítě nejprve samohlásky, potom retné souhlásky a postupně se dostává až k hláskám hrdelním. Nejpozději zvládnou děti fonémy, které jsou charakteristickým znakem jejich mateřského jazyka (v českém jazyce se fixuje naposled *ř*). Vývoj řeči končí okolo pátého roku, ale může trvat až do sedmého roku života dítěte.

Vývoj výslovnosti je dle Klenkové (2006) ovlivněn více faktory – obratností mluvních orgánů, vyzrálostí fonematického sluchu. Významnou roli hrají společenské faktory – společenské prostředí dítěte, mluvní vzor a stimuly řečové i psychické. Jedním z dalších činitelů, které mohou ovlivnit úroveň výslovnosti je intelekt.

[20] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
[21] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[22] KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I.* Brno: Paido. 2. vydání, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

- **Pragmatická rovina**

Odráží schopnost vyjádřit různé komunikační záměry. Tato rovina je založena na sociálních a psychologických aspektech komunikace. Jedná se o oblast jazykových schopností, která v sobě zahrnuje správné užívání jazyka v rámci společenského kontextu[23].

Klenková (2006) uvádí, že již dvou až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat podle konkrétní situace. Po třetím roce je u dítěte patrná snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Ve čtyřech letech dokáže komunikovat přiměřeně dané situaci. Chování dítěte je možné regulovat řečí. Dítě používá řeč k regulaci dění ve svém okolí[24].

1.2 Narušený vývoj řeči

Řeč se vyvíjí správně, jsou-li zachovány vnitřní i vnější podmínky. Když je narušen jeden faktor, který se podílí na tvorbě a realizaci řeči, naruší se celý komunikační proces.

Narušený vývoj řeči je jednou z kategorií narušené komunikační schopnosti. Má mnoho příčin, které jej mohou způsobit a mnoho symptomů, jimiž se projevuje. *„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“*[25]

Lechta (2003) dále uvádí, že se jedná o rovinu foneticko-fonologickou, morfologickou, syntaktickou, lexikální, sémantickou nebo pragmatickou. Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální formy komunikace, mluvené i grafické, expresivní i receptivní složky komunikace. Z časového hlediska může být narušení komunikační schopnosti trvalé nebo přechodné. Projevuje se jako vrozená nebo získaná porucha řeči. Její příčiny mohou být orgánové i funkční. Podle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné nebo částečné.

[23] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
[24] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[25] LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

Klenková (2006) uvádí, jak rozpracoval klasifikaci narušeného vývoje řeči v 80. letech 20. století Sovák a poté i Lechta (1990):

- **Hledisko etiologické**

Narušený vývoj řeči může být dominujícím příznakem v klinickém obraze, v tomto případě hovoříme o vývojové dysfázii, resp. specificky narušeném vývoji řeči. Narušený vývoj řeči se u dítěte může vyskytovat jako symptom jiných vývojových poruch, deficitů a specifik. Jde o symptomatickou poruchu řeči[26].

- **Hledisko stupně**

Narušený vývoj řeči se může projevovat úplnou nemluvností až po případy lehkých odchylek od normy. Ani v nejtěžších případech se nejedná o úplnou němotu, postižený jedinec vydává určité zvuky s jistým subjektivním významem. Nejedná se však o skutečnou řeč.

- **Hledisko průběhu vývoje řeči**

Podle Sovákovy klasifikace (1974, In Lechta, 1990) chápeme narušený vývoj řeči jako[27]:

Opožděný vývoj řeči – příčinou může být dědičnost, opožděný vývoj centrální nervové soustavy, nedoslýchavost, nepodnětné sociální prostředí. Hlavním příznakem je opoždění v oblasti řečového projevu. To se může projevit ve všech jazykových rovinách, nebo jen v některé z nich. Zpočátku je nejvíce narušena obsahová stránka řeči (malá slovní zásoba, dysgramatismy ve všech úrovních), po jejím zlepšení jsou symptomy patrné více ve stránce formální (přetrvává chybná výslovnost některých hlásek nebo jejich skupin). Prognóza vývoje je dobrá v případě včasného podchycení a správného ovlivňování vývoje řeči dítěte.

Omezený vývoj řeči – příčinou je mentální retardace, těžší poruchy sluchu, patologie sociálního prostředí (absence podnětů). Porucha se nejvíce projevuje v obsahové stránce řeči (chápání významu slov). U těžkých poruch sluchu jsou také výrazně narušeny modulační faktory řeči (tempo, rytmus, dynamika, melodie), proto je

[26] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[27] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

řeč špatně srozumitelná, i když má dítě slovní zásobu dostatečnou. Prognóza je v těchto těžkých případech nepříznivá, podle Sováka křivka vývoje řeči nedosáhne normy[28].

Přerušený vývoj řeči – příčinou mohou být úrazy, vážná duševní onemocnění, nádorová onemocnění mozku, těžká psychická traumata. Za příznivých podmínek (po vyléčení, odstranění nádoru) může vývoj řeči pokračovat a dosáhnout normy. Za nepříznivých okolností, kdy se nepodaří odstranit příčinu (při demenci, těžké sluchové vadě) má následující vývoj charakter omezeného vývoje.

Odchylný (scestný) vývoj řeči – příčinou jsou rozštěpy patra nebo organické poškození mluvidel. Odchylka od normy se projevuje pouze v některé z rovin řečového vývoje (vadná artikulace, modulační faktory řeči)[29].

- **Hledisko věku**

Klenková (2006) uvádí, že zdravé dítě přibližně do 1 roku života prochází přípravnými, předřečovými stadii vývoje řeči - hovoříme o fyziologické nemluvnosti. Mezi 2. a 3. rokem mluví intaktní dítě již ve větách. Jestliže se vývoj řeči opozdí a dítě je zdravé, slyší, duševní vývoj není opožděn, není postižena motorika, nejsou porušeny mluvní orgány a sociální prostředí přiměřeně stimuluje vývoj řeči – mluvíme o prodloužené fyziologické nemluvnosti.

Vývojová nemluvnost (patologická) spadá již podle Lechty (1990) do vývojových poruch řeči. Nejde obvykle o úplnou, totální němotu. Vývojovou nemluvnost je třeba odlišit od získané nemluvnosti (na neurotickém nebo organickém podkladě). Proto je třeba provést diferenciální diagnostiku.

2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

2.1 Vymezení pojmu

Pro pojem vývojová dysfázie nemáme český výraz, přestože v poslední době této problematice logopedičtí odborníci věnují značnou pozornost. Dříve byla vývojová dysfázie v odborné literatuře nazývána sluchoněmota (Hála, Sovák, 1947), alalie (uvádí

[28] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
[29] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

Sovák, 1974), dětská vývojová nemluvnost (Seeman, 1955), či afémie (Ritz-Radlinský)[30]. Kutálková připomíná, že název dysfázie vystihuje podstatu poruchy: dys- jako předpona označuje narušení vývoje, -fázie odkazuje na řečové funkce jako celek[31].

Odborníci z různých oblastí vědy pohlížejí na problematiku dysfázie nejednotně, liší se i odborná terminologie. Podle Škodové a Jedličky (2007) se jedná o *„specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“* Jednu z definic uvádí ve své práci také Mikulajová a Rafajdusová (1993): *„Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně se vyvíjející centrální nervové soustavy a jež se může projevovat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré (nevyskytují se závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytuje se závažná porucha sluchu, sociální prostředí je stimulující, poskytuje dostatek podnětů“*[32].

Z toho vyplývá, že je dysfázie komplikovaným diagnostickým problémem, který vychází ze spolupráce celého týmu odborníků – neurologů, foniatrů, logopedů i psychologů. Odborníci musejí nejprve vyloučit mentální retardaci, autismus, mutismus a prosté opoždění vývoje řeči[33].

2.2 Etiologie vývojové dysfázie

Škodová a Jedlička uvádí, že vývojová dysfázie je z foniatrického pohledu řazena do vývojových řečových poruch na základě poruchy percepce řeči. V užším vymezení příčiny této poruchy je dysfázie označována za následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Existuje předpoklad, že typickou příčinou stavu je difuzní, nikoli

[30] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

[31] KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči, Dysfázie.* Naklad. Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

[32] MIKULAJOVÁ, M. RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči.* Bratislava: 1993. ISBN 80-900445-0-6.

[33] PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum.* Olomouc: Pedagogická fakulta. 2001. ISBN 80-244-0258-0.

ložiskové postižení CNS. Zasahuje tedy v podstatě celou centrální korovou oblast, a podle vážnosti postižení se pak projevuje různou hloubkou příznaků[34].

Z etiologických faktorů týkajících se prenatálního, perinatálního a postnatálního vývoje dítěte přichází dle Mikulajové (2003) v úvahu poškození mozku či mozková dysfunkce, která pravděpodobně zasahuje tzv. řečové zóny levé hemisféry. Existuje i tzv. vrozená řečová slabost, která poukazuje na genetické souvislosti narušeného vývoje řeči[35]. Klenková uvádí, že podle posledních výzkumů se u vývojové dysfázie projevují nevýrazná, ale četná poškození mozkové kůry obou hemisfér, tj. bilaterální poškození. To znamená, že při jednostranném poškození mozku řečový vývoj probíhá na základě kompenzačních schopností zdravé, normálně rozvinuté a fungující hemisféry. Při oboustranném poškození je kompenzační činnost nemožná nebo velice obtížná. Všeobecně by se mohly etiologické faktory rozdělit na genetické, vrozené a získané, což nevylučuje jejich kombinace.

S věkem se obraz dysfázií mění kvalitativně i kvantitativně a změny jsou značně individuální. Její dědičnost je považována za prokázanou. Škodová a Jedlička (2007) uvádějí, že se vývojové poruchy řeči objevují častěji u chlapců (přibližně v poměru 4 : 1). Zjištěné epileptické změny v oblastech řečových a sluchových center pravděpodobně vysvětlují příčinu této centrální poruchy[36].

2.3 Symptomatologie vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie se projevuje podle Klenkové (2006) mnoha různými symptomy včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejnápadnějším symptomem je většinou výraznější opoždění vývoje řeči. Úroveň verbálního projevu je mnohem nižší, než odpovídá intelektu a neverbálním schopnostem.

Klenková připomíná, že podle Lejsky (2003) dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nedostatečně a nepřesně jí rozumí. Dítě se snaží v řeči reprodukovat vše tak,

[34] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
[35] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[36] DLOUHÁ, O. NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy sluchové percepce u dětí s vývojovou dysfázií.* Otorinolaryngologie a Foniatrie, 46/1997.

jak tomu rozumí. Protože rozumí chybně, a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní[37].

- **Příznaky v řeči**

Řečové obtíže podle Škodové a Jedličky (2007) zasahují jak povrchovou, tak i hloubkovou strukturu. Rozsah vnějších příznaků se může jevit jako výraznější „patlavost", přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti.

V **hloubkové struktuře řeči** může zasahovat oblast sémantickou, syntaktickou i gramatickou – přehazování slovosledu, přeskakování dějových sekvencí, odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávné koncovky při ohýbání slov, omezení slovní zásoby, redukce stavby věty na dvou- nebo jednoslovné, porozumění řeči[38]. Zápor bývá často umístěn za slovesem. Nápadná je dlouhotrvající absence zvratných zájmen, pomocných tvarů slovesa býti, nesprávné použití pádů po předložkách a záměny slovesných vidů (dysgramatismus)[39]. Aktivní slovní zásoba se rozvíjí jen velmi pomalu, dochází k deficitům v oblasti syntézy slabik do slov a syntézy slov do správné větné struktury, řečový projev je agramatický, nesrozumitelný[40].

V **povrchové struktuře řeči** jsou zásadní poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Škodová a Jedlička uvádí, že nejčastěji je postižena diferenciace znělosti – neznělosti, závěrovosti – nezávěrovosti, kompaktnosti – difuznosti (Novák, 1997).

Může docházet k záměnám či redukcím hlásek nebo slabik ve slově, především u delších slov. Projev dítěte dělá dojem plynulé řečové produkce, je však zcela nesrozumitelný. Proto mluvíme někdy nejen o opožděném, ale i **aberantním** (odchylném) **vývoji řeči**.

- **Příznaky v dalších oblastech**

Nerovnoměrný vývoj – výrazná diskrepance mezi jednotlivými složkami může dosahovat i rozdílu několika let.

[37] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[38] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
[39] KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči, Dysfázie.* Naklad. Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.
[40] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

Narušení sluchového vnímání – je výrazně porušena schopnost sluchem rozlišit jednotlivé prvky řeči (poruchy vnímání a užívání jednotlivých hlásek, poruchy rozlišování zvukově podobných hlásek), porucha vnímání, zapamatování a napodobení melodie a rytmu – dysrytmie.

Porucha v oblasti časového zpracování akustického signálu – problémy ve zpracování akustické informace, latence (prodlevy, zpoždění)[41].

Narušení zrakového vnímání – podle Kutálkové se mohou vyskytnout poruchy ve vnímání barev a jejich rozlišování. Kresba vykazuje typické znaky nezralosti či LMD v oblasti obsahové, formální nebo obou.

Narušení paměťových funkcí, pozornosti a soustředění – poruchy paměti různého typu a rozsahu, zejména akustická verbální paměť, psychomotorický neklid, dysgnózie, emocionální labilita či tupost, dyspraxie a další projevy typické pro LMD[42].

Narušení orientace v čase i prostoru – podle Škodové a Jedličky se dítě špatně orientuje v prostoru, má problémy v pravolevé orientaci, chybně vnímá i časové vztahy, vztahy mezi rodinnými příslušníky apod.

Narušení motorických funkcí – poruchy jemné motoriky rukou, motoriky mluvidel, koordinační obtíže, opoždění vývoje hrubé i jemné motoriky, deficity v prostorovém uspořádání pohybů.

Lateralita – často se vyskytují nevyhraněná dominance, zkřížená lateralita nebo souhlasná levostranná preference ruky a oka.

Kutálková dále uvádí, že vzhledem k etiologii dysfázie je nutno počítat během vývoje i s dyslexií a dalšími „dysporuchami“.

Bytešníková připomíná, že také dle Mikulajové (1993) vývojová dysfázie překračuje rámec fatické poruchy, kdy se vyskytují deficity v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti (především verbálně-akustické) a kognitivní deficity. U dětí s vývojovou dysfázií dochází ke snížení celkové psychické výkonnosti, pozornosti a zvýšené unavitelnosti[43].

---

[41] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

[42] KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči, Dysfázie.* Naklad. Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

[43] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

U dětí s vývojovou dysfázií se ve školním věku poměrně často přidružují poruchy učení. *„Vývojová dysfázie má typický klinický obraz s opožděným a aberantním vývojem řeči, kdy je přítomen deficit v rozumění řeči různého stupně (porucha fonematického sluchu, porucha zpracování řečového signálu, porucha krátkodobé paměti, integrační a asociační problémy), takže se u těžších forem vývojové dysfázie hovoří o poruchách centrálního sluchového zpracování“* (Dlouhá, 2003, s. 16)[44]. Vývoj dítěte s dysfázií ovlivňuje rovněž vývoj osobnosti dítěte, jeho citovou, motivační a zájmovou oblast, postavení v rodině, v kolektivu, ve škole a následně i širší psychosociální zařazení a budoucí profesní orientaci[45].

2.4 Diagnostika a terapie vývojové dysfázie

V rámci komplexní diagnostiky je důležité vyšetření neurologické, psychologické, foniatrické a logopedické. Diagnostický proces je procesem dlouhodobým, komplexním a týmovým. Týmová spolupráce má zajistit stanovení diagnózy, na jejímž podkladě bude pro každé dítě zpracován individuální terapeutický plán[46]. Do týmu odborníků, kteří se podílejí na péči o dítě s vývojovou dysfázií by měli být podle Bytešníkové zařazeni i rodiče dítěte a pedagogičtí pracovníci v mateřské či základní škole. Uvádí, že podle Nováka (1997) je dnešní léčebně-rehabilitační režim cíleně zaměřen na rozvíjení celé osobnosti jedince. Výsledek terapeutického úsilí ovlivňuje do značné míry faktor rodinný a faktor sociální. Bez kvalitní spolupráce rodiny a pracovníků školy se nelze v péči o jedince s vývojovou dysfázií obejít.

2.4.1 Diagnostika foniatrická

Základním vyšetřením je vyšetření všech složek řeči (podrobně se věnuje percepci i expresi), vyšetření sluchu a ve spolupráci s dalšími nelékařskými obory vyšetření ostatních složek vývoje osobnosti. Lékař – foniatr zde působí jako koordinátor všech diagnostických postupů. Podle Lejsky (2003) je cílem foniatrického vyšetření

[44] DLOUHÁ, O. *Vývojové poruchy řeči. Vztah centrálních poruch řeči a sluchu.* Praha: 2003. ISBN 80-239-1832-X.
[45] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
[46] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

diferenciální diagnostika prostého opožděného vývoje a dysfázie a vyloučení jiného organického postižení mozku. Vyšetření řeči se vždy kompletuje posouzením fonematického sluchu, zkouškou jemné motoriky, slovní zásoby a vyšetřením sluchu. Audiometrické testy se doplňují vyšetřením slovní audiometrie, percepčního testu, případně BERA a OAE (othoakustické emise)[47].

2.4.2 Diagnostika neurologická

Neurologické vyšetření zajistí neurolog se zkušenostmi v této problematice. Nález může být zcela negativní, někdy se na EEG objevuje komplex vlna-hrot, ale bez manifestních epileptických projevů. Výsledek výpočetní tomografie (CT) bývá negativní. Uvedené nálezy odpovídají difuznímu postižení CNS. Obecně lze říci, že stupeň postižení řeči rozhodně nemusí být v souladu s neurologickým postižením[48].

2.4.3 Diagnostika logopedická a speciálně pedagogická

Podle Škodové a Jedličky tato diagnostika pomáhá lékařské diagnostice dotvářet celkový obraz schopností dítěte a zjišťovat míru opoždění jeho vývoje. Měl by ji provádět kvalifikovaný klinický logoped. Zaměřuje se na následující nejtypičtější deficity:

Orientace v prostoru a čase – jak již bylo zmíněno, mají děti s vývojovou dysfázií problémy v prostorových vztazích. Ještě větší těžkosti mají s vnímáním a chápáním časových vztahů. Orientační vyšetření lze provádět při individuální i skupinové terapii.

Lateralita – vyšetřuje se standardním *Testem laterality* (Žlab, Matějček, 1972). Typ laterality je dán kvocientem DxQ, který se stanoví z počtu pravorukých reakcí na dané pokyny. Test orientačně zjišťuje i lateralitu oka a ucha[49].

Motorické funkce – při komplexním vyšetření si musíme všímat i celkového motorického projevu ve smyslu pohybové aktivity nebo pasivity, koordinace pohybu

[47] LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
[48] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
[49] MATĚJČEK, Z. ŽLAB, Z. *Zkouška laterality.* Bratislava, Psychodiagnostické a diagnostické testy. 1972.

horních i dolních končetin, mimických projevů. Při vyšetření motoriky je nutné vyloučit všechny úkoly vyžadující intelektuální výkon. Škodová a Jedlička (2007) uvádí, že se v klinické praxi nejčastěji užívá *Ozeretzkého test* v úpravě Göllnitzově (1973). Test zjišťuje úroveň koordinace horních a dolních končetin, zahrnuje i pravolevou orientaci. Úkoly jsou rozlišeny podle věku a pohlaví. U dysfatických dětí jsou také časté poruchy motoriky mluvidel – nedostatečný nebo nepřesný pohyb jazyka, rtů, tváří apod. K vyšetření motoriky mluvidel se v naší klinické praxi používá *Test aktivní mimické psychomotoriky podle Kwinta* (Böhme, 1972). Test zjišťuje přesnost pohybu jednotlivých částí obličeje. Umožňuje určení stupně motorického opoždění[50].

Sluchové vnímání – dítě má poruchy akusticko-verbálních procesů (percepce a zpracování slovních podnětů, jejich uchování v paměti a vybavování včetně paměťového učení). Diagnostické testy pro zjištění stavu sluchové percepce jsou založeny na prezentaci jednoduchých zvukových vzorců, kdy záměna hlásky znamená zároveň změnu významu slova. Tyto testy lze realizovat jen na speciálně vybavených pracovištích. Sluchové rozlišování hlásek a slov zvukově podobných, ale významově odlišných se vyšetřuje standardizovaným testem *Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí*[51].

Zrakové vnímání – zjišťujeme stav zrakové percepce prostřednictvím testových metod, zejména kresebných a neverbálních zkoušek inteligence. Škodová a Jedlička uvádí, že se v klinické logopedii používá *Vývojový test zrakového vnímání* (Frostigová, 1972). Je zaměřen nejen na hodnocení úrovně vizuální percepce, ale zahrnuje i senzomotorickou koordinaci a manuální zručnost. Používá se u dětí od 4 do 8 let. Test má pět subtestů - viziomotorická koordinace, diferenciace figura a pozadí, konstantní vnímání tvaru, zrakové vnímání polohy předmětu v prostoru a prostorové vztahy.

Řeč – percepce a exprese – porucha řeči má systémový charakter a zasahuje v různé míře percepční i expresivní oblast řeči ve všech jazykových rovinách. *Heidelbergský test vývoje řeči* (Grimm, Schöler, 1991) v úpravě Mikulajové (1997) je standardní testová baterie pro děti od pěti do devíti let, která umožňuje rozlišit řečově-lingvistický

[50] LECHTA, V. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN80-88824-18-4.

[51] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

a řečově-pragmatický aspekt. Lechta uvádí, že obsahuje 13 subtestů zaměřených na větnou a morfologickou strukturu, větný, slovní a pragmatický význam.

Grafomotorika (kresba) – grafomotorické schopnosti jsou základem pro rozvíjení a osvojování si kreslení a později psaní. Škodová a Jedlička uvádí, že dysfatické děti většinou drží tužku nesprávně (celou dlaní v „hrsti“, jako pinzetu, špetkou apod.). Typické jsou poruchy vizuomotorické koordinace. Kresba dětí s dysfázií je zcela typická a nápadná, proto je důležitým diagnostickým vodítkem. V kresbě se objevuje deformace tvarů, nesprávně zobrazené přímky, úhly a křivky. Napojování čar je nepřesné, čáry jsou slabé, roztřesené, nedotažené nebo přetažené. Obrázky mají špatné proporce, časté jsou rotace obrázku vzhledem k základní rovině. Nápadné bývá i rozložení jednotlivých částí obrázku na ploše papíru – děti kreslí části těsně vedle sebe nebo přes sebe, přičemž značná část plochy papíru zůstává nevyužitá. Často nelze vůbec rozeznat, co má obrázek představovat. Pokroky či naopak stagnaci grafomotorických dovedností by měl zjišťovat klinický logoped orientačně při každém sezení.

Paměť, aktivita a koncentrace pozornosti – nápadná je porucha krátkodobé paměti. Děti s vývojovou dysfázií si nepamatují základní instrukci, nedovedou ji použít v analogickém úkolu. Nezvládají opakování delších slov, nedodržují slovosled ve větě, nedokážou napodobit stále se opakující rytmickou řadu, nebo se naučit jednoduchou říkanku. Obvykle mají problém nakreslit jednoduchý obrázek podle vzoru a zapamatovat si stále se opakující pohyby. Při vyšetření úrovně pozornosti sledujeme její celkovou úroveň, odolnost vůči rušivým vlivům, všímáme si schopnosti adaptace na nové podněty, vytrvalosti a výkyvů v koncentraci pozornosti[52].

Čtení, psaní, počítání – nástup rozvoje symbolických funkcí je téměř vždy opožděný. Klinický logoped vyšetřuje úroveň rozvoje symbolických funkcí standardními i nestandardními postupy (Matějček, 1987)[53].

[52] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, vyd.2., 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

[53] MATĚJČEK, Z. *Dyslexie.* Praha. SPN. 1987.

2.4.4 Diagnostika psychologická

Psychologický nález u dítěte s vývojovou dysfázií vykazuje difuzní postižení CNS. To se projevuje specifickým rozptylem výkonů vztahujícím se k jednotlivým intelektovým složkám – paměť, koncentrace pozornosti, poruchy využívání energie. Porucha intelektu není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie. Intelekt může být i nadprůměrný, a to dokonce i u velmi těžkých forem dysfázie.

Součástí psychologického vyšetření je kresba a zkouška obkreslování. Kresba lidské postavy je zpravidla zařazena na začátek vyšetřování, protože ulehčuje navázání kontaktu s dítětem. Upravený test podle Šturmy a Vágnerové (1982) je obzvlášť vhodný pro děti s narušenou komunikační schopností, protože nevyžaduje od dítěte mluvní projev[54]. Výkon ve zkoušce obkreslování svědčí o úrovni motoriky a zrakové percepce obecně. Zjistí souhru zrakového vnímání a jemné motoriky ruky. Obkreslování u menších dětí naznačuje i inteligenci dítěte. Z hlediska diagnostiky je mimořádně důležité, že velmi špatné výsledky v této zkoušce mají téměř všechny dysfatické děti[55].

2.4.5 Diagnostika diferenciální

Vývojovou dysfázii je třeba diagnostikovat jako celek, tedy se všemi jejími projevy. Podle Škodové a Jedličky je opoždění jednotlivých složek nerovnoměrné, proto lze snadno zaměnit vývojovou dysfázii s:

- vývojovou dysartrií – má podobné příznaky v řeči, ale neurologické postižení je odlišné podstaty
- vadou nebo poruchou sluchu
- opožděným vývojem řeči prostým – není kromě vývoje řeči opožděn vývoj dalších složek osobnosti
- opožděným vývojem řeči při mentálním postižení – je opožděn celý vývoj osobnosti, a to rovnoměrně ve všech složkách
- těžkou dyslalií – nejčastější záměna.

[54] ŠTURMA, J. VÁGNEROVÁ, M. *Kresba postavy.* Príručka. Bratislava: Psychodiagnostiké a didaktické testy, n. p., 1982.
[55] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, vyd.2., 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Klenková (2006) ještě rozšiřuje výčet možné záměny za vývojovou dysfázii o:

- mutismus
- autismus
- syndrom Landau-Kleffnera – tzv. epileptické afázie, kdy dochází ke ztrátě komunikační schopnosti na základě epileptické aktivity[56].

2.4.6 Terapie vývojové dysfázie

Úspěšná terapie dítěte s vývojovou dysfázií je podle Škodové a Jedličky podmíněna týmovou prací klinického logopeda s lékaři (pediatrem, foniatrem, neurologem) a klinickým psychologem. V další fázi by měl být členem týmu pedagog a pracovníci speciálně pedagogických center. Nejdůležitější složkou ale zůstává rodinná péče a zejména spolupráce rodiny s uvedenými odborníky.

Podle Lejsky (2003, s. 102): *„Poruchy řeči jsou v tomto případě jen příznakem poruchy ‚zrání' mozkových funkcí. Není tedy možné, a dokonce je i škodlivé, zaměřit své léčebné úsilí jen na rehabilitaci řeči. V současné době jsou vytvořeny komplexní programy rehabilitace, které dbají o to, aby dítě s vývojovou dysfázií mělo dostatečný přísun širokého spektra smyslových podnětů. Zvuky, barvy, tvary, povrchy, kresba, tleskání (rytmus), poslouchání a hra. To jsou různé vjemy sluchové, zrakové, hmatové a pohybové. Jenom dostatek podnětů může pomoci rychlejšímu vyzrávání mozku jako celku.“*[57]

Podstatou rozvoje komunikačních schopností u dětí s vývojovou dysfázií je zaměření se na celkovou osobnost dítěte. Terapie se orientuje na rozvoj těchto oblastí: zrakové vnímání, sluchové vnímání, myšlení, paměť a pozornost, motorika, schopnost orientace, grafomotorika a řeč. Rozvíjení jednotlivých oblastí nelze provádět izolovaně, ale je zapotřebí všechny rehabilitační, edukační a reedukační postupy kombinovat, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí[58].

[56] KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
[57] LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
[58] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, vyd.2., 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

U dětí s vývojovou dysfázií probíhá terapie individuálně i ve skupině. Nejčastější formou v naší klinické logopedii je ambulantní **individuální logopedická péče.** Škodová a Jedlička uvádí, že výhodou je možnost individuálního přístupu, protože dysfatické děti se značně liší ve svých schopnostech a možnostech, většina má také problémy s koncentrací pozornosti. Klinický logoped se při individuální logopedické péči zaměřuje u nejmenších dětí na rozvoj nejjednodušších elementů řeči a psychomotorických dovedností. Vede rodinu (obvykle matku) k vytvoření stimulujícího rodinného prostředí a k prezentaci správných mluvních vzorů. **Skupinová logopedická terapie** dětí s vývojovou dysfázií se podle Škodové a Jedličky uplatňuje v denních stacionářích zřizovaných resortem zdravotnictví, na lůžkových odděleních foniatrických, neurologických a psychiatrických pracovišť, v léčebnách pro děti s vícečetným postižením, v resortu školství ve speciálních mateřských a základních školách. Výhodami skupinové terapie je poznání dítěte v přirozenějších situacích, dále možnost intenzivně ovlivnit pasivitu nebo aktivitu dítěte a také využít všech poznatků ze skupinové terapie v individuální logopedické péči a naopak[59].

[59] ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, vyd.2., 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Srovnání individuální a skupinové terapie u dětí s vývojovou dysfázií podle Lechty (2005) a Mesíkové (2000) vyznívá takto[60]:

Terapie	klady terapie	zápory terapie
Individuální terapie očima dítěte	- terapeut se přizpůsobuje jen dítěti - komunikace je důvěrnější - dítě si může vybírat činnosti, měnit jejich pořadí, navrhovat pravidla hry	- postupné uvědomění si handicapu
Individuální terapie očima logopeda	- možnost intenzivně se věnovat jednomu dítěti a rodině podle jejich individuálních potřeb - blíže poznat dítě a rodinu	- možné ignorování terapeutických postupů rodiči (pokroky dítěte neodpovídají vynaloženému úsilí terapeuta) - větší intervaly mezi setkáními
Skupinová terapie očima dítěte	- přirozený celodenní pobyt v kolektivu dětí - pocit sounáležitosti - hra a běžné činnosti jsou základní formy terapie	- vzácnější verbální kontakt s terapeutem - málo dominantní typy mohou být v pozadí
Skupinová terapie očima logopeda	- vzájemná motivace dětí - možnost upevňování a automatizace naučeného v přirozeném kontextu během celého dne - využití prvků soutěživosti - rozvoj sociálních interakcí dítě-dítě - kolektivní setkání rodičů	- menší časový prostor pro individuální práci s rodiči

2.5 Možnosti vzdělávání předškolních dětí s vývojovou dysfázií

Logopedická péče může být v současné době poskytována dětem předškolního věku v zařízeních státních, nestátních i soukromých. A to v rezortu školství i v rezortu zdravotnictví různými formami. V rezortu školství může být logopedická péče poskytována v rámci běžné mateřské školy, kam většinou dochází logoped, nebo zařazením dítěte do třídy pro děti s vadami řeči při běžných MŠ „logopedické třídy“. V případě potřeby může být dítě zařazeno do mateřské školy logopedické. Důležitou roli mají také školská poradenská zařízení – speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami řeči a pedagogicko-psychologické poradny. V rezortu zdravotnictví je poskytována logopedická péče dětem předškolního věku v logopedických poradnách (ambulancích), prostřednictvím logopedických pracovišť při odděleních foniatrie, v rehabilitačních stacionářích, v denních stacionářích při zdravotnických zařízeních a lázeňských zařízeních[61].

[60] LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* Portál: Praha, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
[61] BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat reálnou podporu dětí s vývojovou dysfázií v předškolní vzdělávací instituci.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

1. Jakou speciální péči dětem mateřská škola poskytuje a jaké jsou v závislosti na ní pokroky u dětí?
2. Jaká pozitiva a rezervy jsou ve spolupráci s rodiči z pohledu mateřské školy i rodičů?
3. Jaká je spolupráce všech subjektů zúčastněných na péči o dítě s vývojovou dysfázií v mateřské škole?

3.2 Metody výzkumu

Výzkumné šetření je realizováno metodou kvalitativního výzkumu, vycházejícího z kazuistik tří chlapců s diagnostikovaným specificky narušeným vývojem řeči. Při vlastním výzkumném šetření jsem použila tyto metody:

- dlouhodobé pozorování po dobu nejméně jednoho roku
- analýza dokumentů
- analýza výsledků činností a úkolů v jednotlivých oblastech – z pedagogické diagnostiky
- analýza logopedické péče
- metoda rozhovoru

3.3 Prostředí výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v logopedické třídě mateřské školy, kde pracuji pátým rokem jako učitelka. Mateřská škola je součástí zařízení pro sluchově postižené.

Je zde také základní a střední škola pro sluchově postižené. Od roku 1990 je součástí školy Speciálně pedagogické centrum, které poskytuje dlouhodobou výchovně-vzdělávací péči dětem a zajišťuje integraci sluchově postižených dětí do všech typů škol.

Areál školy se nachází ve středu města, kde mají děti přístup ke všem možným aktivitám. Komplex celé školy je vytvořen dvěma budovami spojenými průchodem. Mateřská škola je od roku 2004-2005 zřízena v nové budově a tak získala větší modernější prostory pro výuku, hru i individuální péči. Kapacita mateřské školy je 18 dětí a je rozdělena do dvou tříd. Jedna třída je pro děti se sluchovým postižením, případně kombinovaným postižením (max. 8 dětí) a druhá třída je pro děti s narušeným vývojem řeči (max. 10 dětí). V každé třídě jsou dvě učitelky. Individuální logopedickou péči zajišťuje školní logoped. Dětem z mateřské školy se věnuje12 hodin týdně. Logopedka má vytvořen systém práce s dětmi. Každému dítěti se věnuje individuálně dle jeho potřeby asi 2x v týdnu.

Nedílnou součástí školy je společná prostorná zahrada. Děti zde mají možnost využít prolézaček, pískoviště, trampolínu a mohou jezdit na kolech. V teplých měsících mají možnost využít mělkého bazénku na koupání. V části zahrady mají děti k dispozici vlastní záhonky, kde si mohou vypěstovat zeleninu nebo ovoce.

Mateřská škola má dostatečně velké prostory a vhodné prostorové uspořádání pro skupinové i individuální činnosti dětí. Dětský nábytek, hygienické zázemí i vybavení pro odpočinek, jsou přizpůsobeny požadavkům dětí. Vybavení školy hračkami, pomůckami, náčiním, materiály a doplňky vyhovuje dětem a podporuje jejich rozvoj. Mateřská škola využívá také společné prostory školy – jídelnu, tělocvičnu, dramatickou místnost a rehabilitační místnost včetně vodoléčby. V současné době probíhá pravidelná rehabilitační péče v rámci programu MŠ pod vedením fyzioterapeuta.

Jedním z nejdůležitějších cílů našeho vzdělávání je přijímat děti s různým typem postižení jako jedinečné osobnosti a vytvořit pro ně takové prostředí, kde by se cítily bezpečně a mohly samostatně uskutečňovat většinu činností, vzhledem ke svým schopnostem a specifickým potřebám. Rozvíjíme a podporujeme samostatnost dítěte, zdravé sebevědomí, klademe základy celoživotního vzdělávání všem dětem dle jejich možností, zájmů a potřeb. S každým dítětem pracujeme individuálně na základě individuálního vzdělávacího plánu, který je tvořen společně s rodiči dítěte. Vycházíme

z diagnostiky dítěte, na které se podílí také rodiče. Pracujeme s materiály z knihy Jiřiny Bednářové a Vlasty Šmardové „Diagnostika předškolního dítěte“, které jsou srozumitelné a chronologicky řazené dle věkové úrovně. Rodiče zapojujeme při diagnostice v oblasti sociálního chování, hry a sebeobsluhy. Při osobní konzultaci pak mají možnost srovnání, jak se jejich dítě projevuje v prostředí mateřské školy a v domácím prostředí. Z kompletních diagnostických výsledků vycházíme při tvorbě IVP.

V MŠ pravidelně probíhá logopedická péče – skupinová cvičení, přípravná logopedická cvičení a individuální terapie. Logoped je součástí naší školy, děti jej dobře znají. S ohledem na míru a příčiny nedostatečnosti ve vývoji komunikace dětí jsou při práci s nimi užívány různé strategie. Důraz je kladen na správný mluvní vzor, názornost a dostupnost porozumění.

Do mateřské školy pravidelně jedenkrát v týdnu dochází asistent se psem na canisterapii. Canisterapii využíváme jako zážitkovou metodu. Nenásilně tak rozvíjíme pohyblivost, komunikační dovednosti, psychickou podporu, smyslové vnímání (hmatová stimulace, sluchové vnímání) motivaci, sociální dovednosti a vztah ke zvířatům a životnímu prostředí.

3.4 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumné šetření jsem prováděla v logopedické třídě, kde pracuji. Mám tak možnost posoudit vývoj dětí komplexně, při volné i řízené činnosti, při individuální i skupinové práci. Ke zpracování případových studií jsem si vybrala 2 chlapce z této třídy a 1 chlapce, který navštěvoval logopedickou třidu v předchozích letech. Nyní je žákem základní školy ve 2. ročníku. Na žádost rodičů byl zařazen do ZŠ pro sluchově postižené (ve stejném zařízení).

3.4.1 Případová studie č. 1

Martin nastoupil do speciální mateřské školy do logopedické třídy ve věku 6r. 7m., tedy po odkladu školní docházky. Předtím navštěvoval běžnou mateřskou školu (3roky). Ke klinickému logopedovi dochází od 5 let. Matka podala žádost o umístění do speciální mateřské školy na základě doporučení logopeda.

➢ Diagnóza

Dg. logopeda: vývojová dysfázie.

Dg. foniatra: práh sluchu je dle BERA dostatečný pro rozvoj řeči.

Dg. psychologa: doporučen odklad ŠD, zejména pro nedostatečně kompenzovanou vadu řeči – vývojovou dysfázii. Porucha je v jeho případě natolik závažná, že by výrazně ovlivňovala schopnost učení. Jinak mírně nadprůměrný výkon v názorové složce intelektu.

Dg. neurologa: hypotrofie mozku, prostornější komorový systém, zvláště rozšířené postranní komory-trigon a okcipitální rohy. Hypotrofie vermis mozečku. Kosti skalní a vnitřní zvukovody bez patologie.

➢ Rodinná anamnéza

Matka (narozena 1978) je zdráva, v dětství v logopedické péči- rotacismus dodnes, pracuje jako dělnice, původně pekařka. Otec (narozen 1966) je zdráv, vyučený chemik. Rodiče žijí ve společné domácnosti.

Martin má dvě sestry, z nichž ta mladší je jeho dvojče. Starší sestra (narozena 1998) je zdráva a nemá vadu řeči. Mladší sestra dvojče A (narozena 2004) je také zdráva a nemá vadu řeči.

➢ Osobní anamnéza

Martin se narodil z III. gravidity jako dvojče B. Porod byl předčasný (měsíc před termínem) císařským řezem, pro kolizní polohu plodů. Porodní váha 3200 g, míra 51cm.

Motorický vývoj dítěte v normě: seděl od 6 měsíců, chodí od 13 měsíců, pleny do 1,5 roku.

Duševní vývoj: obleče se sám a nají od 3 let, dobře se soustředí.

Prodělaná onemocnění: v 5. měsíci byl hospitalizován pro dýchací obtíže- sípavý kašel, úrazy- fraktura LHK bez komplikací.

Psychomotorický vývoj dítěte

➢ Úroveň dítěte na počátku docházky do MŠ

Psychomotorický vývoj v normě. Vzhledem k diagnóze vývojová dysfázie vázne oblast řečová a oblast sluchového vnímání.

Sociální chování a hra: První den v MŠ byl Martin společně se svou matkou (mají vzájemně silnou citovou vazbu). Postupně začal komunikovat s dětmi i s učitelkou. S postupem času se uvolnil a byl bezprostřední, přátelský a komunikativní. V novém, neznámém prostředí působí nejistě a projevují se u něj neurotické rysy (klepání nohou, hra s prsty, omakávání obličeje). Je hravý, přednost dává konstruktivním hrám a stavebnicím např. legu. Hraje si sám i s dětmi, dokáže je vtáhnout do hry. Má rád pohybové a společenské hry. Rychle chápe pravidla. Při plnění úkolů je pečlivý a práci vždy dokončí. Je empatický, pomáhá mladším dětem.

Sebeobsluha: je samostatný v oblékání a hygieně. Dopomoc potřebuje jen při zavazování obuvi. Ošacení si dokáže také poskládat. Při jídle používá příbor, nalije si pití a polévku.

Hrubá motorika: bez vážnějších obtíží, celkově obratný, bez problémů překonává překážky, jezdí na kole a na bruslích. Dobře hodí i chytí míč. Vázne nápodoba pohybů a pravolevá orientace.

Jemná motorika: v normě, dobře stříhá dle linie i obtížnější tvary, navléká drobné korálky a přírodní materiál, vkládá mozaiku, vytrhává papír dle vzoru. Vizuomotorická koordinace je v normě.

Grafomotorika a výtvarný projev: lehké potíže v grafomotorice – zafixovaný špatný úchop tužky, neuvolněné zápěstí. Napodobí kruh, čtverec, trojúhelník, spirálu. Rád kreslí a maluje. Má výtvarné cítění. Dokáže zaplnit celou plochu papíru. Kresba postavy odpovídá věku, nakreslí dům, auto, strom.

Lateralita: vyhraněná pravorukost, kreslí P, oko P, dolní končetina A, souhlasná lateralita.

Zrakové vnímání: rozlišuje tvary a barvy, včetně odstínů barev, diferencuje zrakem i detailní rozdíly, rád skládá puzzle (50 dílů), hraje pexeso, zvládne poskládat obrázky dle posloupnosti, obtíže ve zrakové paměti (optická syntéza).

Sluchové vnímání: potíže s fonematickým sluchem – dílčí oslabení distinktivního rysu znělost a neznělost, nestabilní záměny hlásek (T x K, Z x N, K x N, K x D), krátkodobá sluchová paměť.

Motorika mluvidel: základní pohyby provede bez omezení, obtíže s jemnými pohyby jazyka.

Dýchání: dechová cvičení provádí bez potíží, při nácviku samohlásek neotvírá dostatečně ústa, hlásky šeptá. Problémy při dýchání do bránice.

Řeč a komunikační schopnosti: velmi pomalu a těžko navazuje verbální kontakt, vlastní řeč je těžko srozumitelná, jsou narušeny hlásky všech artikulačních okrsků – většinu hlásek nahrazuje hláskou P. BM - nestabilní, VF - izolovaně, užití nestabilní, DTN - většinou jako P, sykavky mogilálie, RŘ - nekmitné, ĎŤŇ – neměkčí, J - nestabilní, většinou jako H, KGCH většinou jako P, H - izolovaně, nestabilní užití. Výslovnost hlásek podrobněji ve srovnávací tabulce.

V řeči jsou patrné dysgramatizmy (nepřesné předložkové vazby, skloňování, nestabilní užití zvratných zájmen). Vypráví s dopomocí, řeč je plynulá. Pasivní slovní zásoba převyšuje aktivní, rozumění není výrazně narušeno.

➢ Speciálně-pedagogické působení mateřské školy a úroveň dítěte po roce docházky do MŠ

- **Sociální chování a hra:**

Cíle IVP: posilovat pozitivní sebepojetí, sebejistotu poskytováním zpětné vazby. Podporovat zdvořilostní návyky (pozdrav, poděkování), spolupodílet se na utváření pravidel ve třídě. Podporovat tvořivost, představivost a fantazii dítěte v projektových činnostech. Rozvoj prosociálního cítění při kolektivních a společenských hrách.

Sociální chování a hra: Martin působí sebejistě, v neznámém prostředí je však nervózní a nesmělý. Je chytrý a dobře si uvědomuje svůj handicap. V prostředí MŠ je většinou dobře naladěn, spolupracuje, vtipkuje a snaží se být středem pozornosti. Při individuální logopedické péči má výkyvy v ochotě spolupracovat (nechce opakovat cvičení, dělá grimasy, je nesoustředěný). Je tvořivý, při hře i ostatních činnostech uplatňuje svou představivost a fantazii. Rád experimentuje a řeší různé rébusy

a hádanky. Má svůj názor, umí vyjádřit souhlas i nesouhlas. Preferuje kooperativní hru, přičemž nemá problém se střídáním partnerů při hře. V kolektivu je oblíbený. Má zájem o nové poznatky, je zvídavý a učenlivý. Nejvíce ho zajímá vesmír a poznatky o mimozemské civilizaci.

- **Sebeobsluha:**

Cíle IVP: upevňování sebeobslužných a hygienických návyků, udržování pořádku v osobních věcech, nácvik zavazování tkaniček.

Sebeobsluha: je zcela samostatný v sebeobsluze, zaváže si tkaničky, poskládá ošacení a udržuje pořádek ve věcech, hygienické návyky a návyky stolování má vžité.

- **Hrubá motorika:**

Cíle IVP: zaměřit se na cvičení nápodobou formou hry, překonávání překážek – opičí dráha, dětská hřiště. Házení míče horním obloukem, nácvik driblování. Trénink pravolevé orientace na vlastním těle, umístění předmětů a na druhé osobě.

Hrubá motorika: v normě, zlepšil se v nápodobě pohybů a v pravolevé orientaci při činnostech, dribluje s míčem.

- **Jemná motorika:**

Cíle IVP: manipulace s drobnými předměty a přírodními materiály. Práce s papírem – vytrhávání dle předlohy, skládanky, vystřihovánky. Koláže z různých materiálů. Zatloukání hřebíků, provlékání provázků. Překreslení obrázku dle předlohy.

Jemná motorika: dobře zachází s nůžkami, zvládá vystřihovánky, pracuje s papírem – překládá, trhá a vytrhává dle předlohy, vkládá mozaiku dle vzoru, zatloukává hřebíky. Vizuomotorická koordinace je na dobré úrovni.

- **Grafomotorika a výtvarný projev:**

Cíle IVP: fixace špetkového úchopu, nácvik uvolnění ruky – celé paže, předloktí, zápěstí, cvičení s prsty, dokreslování, obkreslování různých šablon, postupné zařazování grafomotorických prvků pro počáteční psaní.

Grafomotorika a výtvarný projev: tužku drží již správně, uvolněně, má správné návyky při psaní, podepíše se celým jménem velkými tiskacími písmeny, zvládá nakreslit kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník, křížek, také základní grafomotorické prvky – spirálu, vlnovku, šikmou čáru, zuby, horní a spodní smyčku. Kresba postavy odpovídá věku, nechybí detaily. Kreslí dům, dopravní prostředky i zvířata. Zaplní celou plochu papíru.

Lateralita: souhlasná lateralita, vyhraněný pravák.

- **Zrakové vnímání:**

Cíle IVP: přiřazování barev a jejich odstínů a jejich pojmenovávání, odlišit překrývající se obrázky, vyhledat tvar na pozadí, rozlišování shodných a neshodných dvojic lišících se detailem, doplňování chybějící části v obrázku, zapamatování si umístění obrázků v řadě.

Zrakové vnímání: výborná zraková diferenciace, rozliší i nepatrné rozdíly, složí i náročnější puzzle bez předlohy, rovněž rozstříhaný obrázek, zvládá skládání barev a tvarů podle vzorového rytmu, hraje pexeso, kvarteto a Černého Petra. Zraková paměť – zapamatuje si 7 předmětů a max. 5 obrázků po sobě jdoucích.

- **Sluchové vnímání:**

Cíle IVP: dokáže lokalizovat různé zvuky a hlasy, naslouchat krátkému příběhu, vytleskávat slabiky ve slovech, rozliší slova se změnou hlásky bez vizuálního podnětu, slova znělá a neznělá, zopakuje 5 nesouvisejících slov, určování slov začínajících danou hláskou, doplnění tvaru slova do rýmu.

Sluchové vnímání: zlepšení ve fonematickém sluchu – izolovaně rozliší a určí správně, při opakování hlásku zaměňuje (T x K), zlepšení ve sluchové paměti – pamatuje si

6 věcí po sobě, dobře rytmizuje a vytleskává slabiky, určí 1. písmeno ve slově, poslední určí nahodile.

- **Motorika mluvidel a dýchání:**

Cíle IVP: nácvik dýchání nosem, dýchání do bránice, foukání bublifuku, brčkem, do větrníku, posilovat hrot jazyka, práce s hlasem – zesilování a zeslabování.

Motorika mluvidel: jemné pohyby jazyka mu dělají stále obtíže, někdy má tendenci cvičení odbýt, chvátá a je nesoustředěný. Zhoršuje se spolupráce.

Dýchání: zvládá dýchání do bránice, přetrvávají problémy při nácviku samohlásek – přídech, neartikuluje, šeptá.

- **Řeč a komunikační schopnosti:**

Cíle IVP: podporovat mluvní apetit při slovních hrátkách, hádankách, říkankách a písních. Dbát na klidný mluvní projev, rozvoj slovní zásoby, tvoření synonym, homonym, antonym, určování nadřazených pojmů, malované čtení – doplnění slov ve správném tvaru. Konverzace nad knihou či obrázkem.

Řeč a komunikační schopnosti: přetrvávají dysgramatismy v mluveném projevu, zlepšil se mluvní apetit a rozšířila slovní zásoba pasivní i aktivní, používá předložkové vazby a zvratná zájmena. Izolovaně vyvodí téměř všechny hlásky (vyjma rotacizmů, sykavky jsou nepřesné). V mluvním projevu však hlásky stále zaměňuje. Řeč je plynulá a více srozumitelná. Posun ve výslovnosti a užití hlásek jsem zaznamenala ve srovnávací tabulce.

Postupně se zhoršovala spolupráce při individuální logopedické péči. Martin byl nesoustředěný, odmítal spolupracovat při gymnastice mluvidel a vyvozování hlásek. Výslovnost se zlepšuje jen velmi pomalu. Pojmy zapomíná, proto je třeba stále opakovat.

➢ Logopedická intervence

Jméno: **MARTIN**		Diagnóza: **vývojová dysfázie**
	na počátku docházky do MŠ	**po roce docházky do MŠ**
A	nepřesná artikulace + přídech	✓
O	nepřesná artikulace + přídech	✓
U	nepřesná artikulace + přídech	✓
E	nepřesná artikulace + přídech	✓
I	nepřesná artikulace + přídech	✓
Ě	nepřesná artikulace + přídech	✓
OU	nepřesná artikulace + přídech	✓
P	✓	✓
B	nestabilní	✓
M	nestabilní	✓
F	fixace ve slovech	✓
V	fixace ve slovech	✓
T	paralálie za P	nestabilní
D	paralálie za P	✓
N	paralálie za P	✓
Ť	x	paralálie za T
Ď	x	paralálie za D
Ň	x	✓
J	x	✓
L	✓	✓
K	paralálie za P	✓
G	paralálie za P	✓
CH	paralálie za P	✓
H	nestabilní	✓
C	x	nepřesné
S	x	nepřesné
Z	x	nepřesné
Č	x	nepřesné
Š	x	nepřesné
Ž	x	nepřesné
R	x	x
Ř	x	x
TŘ	x	x
STŘ	x	x
DŘ	x	x
PŘ	x	x
BŘ	x	x
KŘ	x	x
HŘ	x	x
CHŘ	x	x

➢ Spolupráce s rodiči dítěte

Rodiče byli na třídních schůzkách se školním logopedem poučeni, jak se synem pracovat. Domů pravidelně dostávali pracovní listy týkající se logopedických cvičení, grafomotorických cvičení a cvičení na podporu zrakové a sluchové percepce. Abychom měli zpětnou vazbu, požadovali jsme, aby vypracované pracovní listy nosili zpět do MŠ. Martin zpočátku nosil vypracovaná cvičení pravidelně, postupně s prodlevou a nakonec je nenosil vůbec. Ke konci školního roku také Martin nepravidelně docházel do MŠ. V červnu už nechodil vůbec (matka byla v pracovní neschopnosti).

Klinického logopeda navštěvují 1x v měsíci, SPC pro děti s vadami řeči navštívili pouze 1x a to při odkladu povinné školní docházky.

➢ Spolupráce logopeda a rodiny

Školní logoped spolupracuje s klinickým logopedem, domlouvají se na nejvhodnější terapii pro Martina. Osobní setkání proběhlo 1x, několikrát se spojili telefonicky. Logopedické konzultace s rodiči probíhají individuálně v předem dohodnutých termínech asi 3x ročně.

Martin má zavedený logopedický deník. Pracuje s ním především školní logoped, který pravidelně doplňuje další materiál. Deník obsahuje nejen logopedický materiál (na vyvozování hlásek a rozvoj aktivní komunikace), ale také dechová cvičení, gymnastiku mluvidel, sluchová a zraková diferenciační cvičení a grafomotorická cvičení. Deník si Martin pravidelně odnáší domů, aby rodiče mohli navázat na péči v MŠ a také na terapie s klinickým logopedem, aby byla zajištěna komplexní péče.

Otázky týkající se spolupráce rodiny, odborníků a mateřské školy jsou také obsahem rozhovoru s matkou v příloze A.

➢ Závěr

Martin udělal během jednoho roku docházky do logopedické třídy jistý pokrok. Když nastoupil, byl nesmělý a nejistý, měl problémy volně konverzovat. V prostředí MŠ se rychle zadaptoval a postupně získal sebejistotu a sebevědomí. Také problémy ve sluchovém vnímání se podařilo postupně zredukovat. Cíle IVP byly naplněny ve všech oblastech mimo oblast řeči (přetrvávají dysgramatismy v mluveném projevu). Při individuální logopedické péči Martin ztrácel motivaci a postupně vázla i spolupráce s rodinou.

Přestože Martinovi byla poskytnuta individuální péče ve všech oblastech rozvoje, nedošlo k dostatečné nápravě komunikačních schopností a bude zapotřebí pokračovat v intenzivní logopedické péči i v základním vzdělávání.

➢ Prognóza dalšího vývoje

Martinovi rodiče se rozhodli zařadit syna do základního vzdělávání do speciální školy pro sluchově postižené. Jedním z důvodů bylo jistě i to, že je to prostředí, které Martin dobře zná, má zde kamarády, se kterými nastupoval do první třídy. Ve třídě s nízkým počtem dětí má pak zajištěn individuální přístup, který potřebuje především v českém jazyce a logopedické péči.

V současnosti je Martin již ve 2. ročníku ZŠ. Je spokojený a dobře prospívá.

3.4.2 Případová studie č. 2

Libor nastoupil do speciální mateřské školy do logopedické třídy ve věku 5r. 4m. Předtím navštěvoval běžnou mateřskou školu (2 roky). Ke klinickému logopedovi dochází od 3,5 let. Rodiče si našli naši mateřskou školu prostřednictvím internetu.

➢ Diagnóza

Dg. logopeda: vývojová dysfázie

Dg. foniatra: vada sluchu vyloučena, vývojová porucha řeči nebo jazyka NS, epilepsie

Dg. neurologa: Symptomatická epilepsie a epileptický syndrom s fokálním nálezem na EEG, antiepileptika – Orfiril long 300-0-150 mg, Euthyrox.

➢ Rodinná anamnéza

Matka (narozena 1977) je zdráva, pracuje jako zdravotní sestra. Otec (narozen 1979) je zdráv, je zaměstnán v bance jako manažer. Libor má staršího bratra (narozen 2004), který je zdráv a nemá vadu řeči. S bratrem mají pěkný vztah.

Rodiče žijí ve společné domácnosti v rodinném domě s rodiči matky. Vztahy v rodině jsou harmonické.

➢ Osobní anamnéza

Libor se narodil z II. gravidity, přenášený hypotrofický novorozenec, 2. den po porodu stav protrahované hypoglykemie s křečemi, následně oběhové a ventilační selhání. Centrální hypotonický syndrom, epileptický syndrom. Porodní váha 3200g, míra 50 cm.

Motorický vývoj dítěte opožděn: seděl ve 12 měsících, chodil od 24 měsíců, pleny do 2 a půl let. Od 6 měsíců cvičil Vojtovu metodu po dobu dvou let.

Duševní vývoj: astenický chlapec, klidný, uzavřený, spolupracuje, sebeobsluhu zvládá s dopomocí, pracovní tempo pomalejší, snadno unavitelný. Slova začal užívat kolem 2 let, dvouslovné věty až téměř v 5 letech. Klinického logopeda navštěvují od 3,5 let.

Prodělaná onemocnění: virózy, neštovice, úrazy žádné.

Psychomotorický vývoj dítěte

➢ Úroveň dítěte na počátku docházky do MŠ

Psychomotorický vývoj je ve všech oblastech opožděn. Nejvýrazněji vázne oblast řečová, motorika a sluchové vnímání.

Sociální chování a hra: První dny působil Libor plaše, byl ostýchavý a při loučení s rodiči mu ukápla i slzička. Postupně se však adaptoval a do školky začal chodit v dobré náladě. Je veselý, kamarádský, v kolektivu je oblíbený.

Nejistota se promítá do všech činností včetně hry. Při volné hře si zpočátku nedokázal vybrat hračku, byl nejistý. Dětmi se nechá vtáhnout do činnosti. Přednost dává klidovým hrám (stolním, didaktickým), při pohybových hrách je nekoordinovaný. Při plnění úkolů je pomalý, nejistý, žádá dopomoc, ale úkol dokončí.

Je empatický a citlivý. Nemá rád rušné prostředí. Při velkých společenských akcích je bázlivý a nejistý.

V listopadu 2011 měl Libor virózu s vysokými teplotami, což způsobilo epileptické křeče (asi půl roku byl bez medikace). Rodiče museli vyhledat odbornou pomoc - předepsána medikace (Orfiril). Po lécích se Libor jeví utlumeně, zpomaleně, je nekoordinovaný.

Sebeobsluha: vázne koordinace pohybů a motorika prstů, proto je pro Libora oblékání problematické. Potřebuje výraznou dopomoc, i při natahování kalhot či oblékání bundy. Knoflíky ani zip nezapne. Boty si často obouvá obráceně.

Hygienické návyky zatím nemá vžité, někdy si zapomene po užití toalety umýt ruce. Při stolování potřebuje také dopomoc – nalít, namazat, nakrájet. Jí lžící nebo vidličkou. Nůž zatím aktivně nepoužívá.

Hrubá motorika: vázne koordinace pohybů. Také při chůzi je patrná disharmonie pohybů, zakopává na rovině, při chůzi ze schodů jde přísunem. Nezvládne skok sounož. Nejezdí na koloběžce ani na tříkolce – neudrží nohy na stupačkách. Překonávání překážek je problematické. Míč pouze odhodí a nechytí.

Jemná motorika: při manipulaci s drobnými předměty (korálky, mozaika) má problémy, je však velmi trpělivý a snaživý. Stříhání dle linie zvládne jen s dopomocí. Motorika prstů je oslabena – zvládne otevírání dlaně po jednom prstu, při zapojení druhé ruky (dotknout se bříškem každého prstu na ruce) již motoricky nezvládne. Při vytrhávání a mačkání papíru potřebuje pomoci.

Vizuomotorická koordinace je také opožděna.

Grafomotorika a výtvarný projev: Libor má celkově špatné návyky při kreslení – sedí daleko od stolu, je zkroucený, tužku drží cigaretovým úchopem, křečovitě, s velkým

přítlakem. Nakreslí kruh, vodorovnou a svislou čáru. Pouze čárá, ale dokáže pojmenovat, co nakreslil. Kreslení a výtvarné činnosti nevyhledává.

Lateralita: upřednostňuje pravou, ruka – P, dolní končetina souhlasná, oko – většinou pravé, někdy střídá.

Zrakové vnímání: rozlišuje tvary a barvy (nepojmenuje), skládá puzzle (16 dílů), odliší jiný obrázek v řadě, při vyhledávání detailů už chybuje. Daří se mu přiřadit stínové a půlené obrázky. Pamatuje si čtyři předměty nebo tři obrázky a pozná, který chybí.

Sluchové vnímání: sluchové vnímání nerozvinuto, vázne sluchová paměť a diferenciace. Velký problém má s udržením rytmu či vytleskáváním slabik.

Motorika mluvidel: Libor má velmi ochablé svalstvo v oblasti mluvidel, neuvědomuje si pohyby a polohy mluvidel.

Dýchání: má problém s uvědoměním si dýchání nosem - přídech ústy, výdech je krátký, foukání brčkem nezvládá.

Řeč a komunikační schopnosti: Nejistota a ostych je patrný i v komunikaci. Zpočátku téměř nemluvil nebo jen jednoslovně odpověděl (nejčastěji *ano, ne*). Později v komunikaci rozvázal, přesto je aktivní slovní zásoba velmi chudá. Mluva je nesrozumitelná, nerozumějí mu často ani rodiče. Větná stavba je primitivní, nerozvinutá. Nemá vyvozeny hlásky ĎŤŇ, KG, CSZ, ČŠŽ, CH, RŘ. DTN – vázne poloha jazyka. F – docvičit, fixovat. V - daří se jen na začátku jednoduchých slov. J, H – daří se pouze izolované zvuky, nezapojuje. Podrobněji znázorněno v tabulce.

Často slova opakuje jen jako shluky zvuků, počet slabik většinou zachová. Na otázku odpovídá jednoslovně, často dysgramaticky. Používá podstatná jména a zájmena, slovesa a předložkové vazby téměř nepoužívá. Řeč vázne ve všech rovinách. Lépe je na tom s pasivní slovní zásobou – dobře ukazuje obrázky, jejich části a barvy. Pojmům rozumí.

➢ Speciálně-pedagogické působení mateřské školy a úroveň dítěte po roce docházky do MŠ

- **Sociální chování a hra:**

Cíle IVP: posilovat sebejistotu poskytováním zpětné vazby, povzbuzováním a pochvalou dodávat pozitivní sebehodnocení, zlepšovat mluvní apetit prostřednictvím deníčku. Posilovat sociální cítění, podporovat kamarádské vztahy. Vytvářet sociální situace a vést k jejich řešení.

Sociální chování a hra: Libor udělal pokrok především v oblasti sociální. Přestože si dobře uvědomuje svůj handicap především v oblasti komunikace, je již schopen navázat kontakt (i verbálně) bez ostychu. Zlepšil se u něj především mluvní apetit. Má velkou radost, když vypráví a je mu rozuměno. K tomu účelu jsme si s rodiči zavedli deníček. Píšeme tam, co jsme dělali ve školce a rodiče nám zase píší, jak to probíhalo doma, jaké měl Libor zážitky o víkendu apod. Velmi se nám to osvědčilo a hlavně Libor tím neztratil chuť komunikovat.

Ve svém jednání a chování je jistější. Dokáže odmítnout nežádoucí chování (např. co je mu nepříjemné). S dětmi se dokáže domluvit. V kolektivu dětí je oblíbený. Má smysl pro humor. Někdy se snaží vtipkovat (většinou neverbálně) a strhnout tak na sebe pozornost. Také ve hře postoupil – vybírá si konstruktivní hry nebo stolní společenské hry např. Člověče nezlob se.

- **Sebeobsluha:**

Cíle IVP: nácvik oblékání jednotlivých částí oděvu (především ponožek), nácvik zavlékání zipu a zapínání knoflíků, rozlišování přední a zadní části oděvu, snaha ukládat věci na určené místo, upevňování hygienických návyků, správné užívání příborového nože, prostře a sklidí ze stolu.

Sebeobsluha: Pokrok je patrný také při oblékání. Oblékne se sám. Pomoc potřebuje při dotažení některých úkonů (např. u některých kalhot zapnout knoflík, zavléct zip – zapne sám, zastrkat triko). Obuv si už většinou obuje správně. Hygienické návyky má vžité. Při stolování začal používat příbor, ale zatím se příliš nedaří skloubit pohyby nožem i vidličkou souběžně. Pití si naleje.

- **Hrubá motorika:**

Cíle IVP: překonávání překážek na dětských hřištích, opičí dráha, zautomatizovat střídání nohou při chůzi ze schodů, poskoky sounož, nácvik skákání po jedné noze, trénink jízdy na koloběžce a na kole – zautomatizovat střídání nohou při šlapání, zařazovat rovnovážné cviky, při cvičení nápodobou si uvědomovat své tělo, nácvik házení a chytání míče.

Hrubá motorika: Libor začal pravidelně cvičit pod vedením fyzioterapeuta a je vidět pokrok v celkové koordinaci pohybů. Při chůzi ze schodů střídá nohy (zautomatizováno). Poskočí sounož i přes čáru, poskoky na jedné noze jsou nekoordinované. Jezdí na koloběžce a začal jezdit na kole s přídavnými kolečky, zkouší i bez nich. Překonává překážky – chůze po zvýšené ploše, prolézání tunelem, chůze po kladině s dopomocí. Míč hodí na cíl a také chytí.

- **Jemná motorika:**

Cíle IVP: zaměřit se na manipulaci s drobnými předměty – navlékání, vkládání, zatloukání kolíků, práce s přírodním materiálem – navlékání, lepení, nácvik stříhání dle linie, práce s papírem – mačkání, trhání, koláže, prstová cvičení, koordinace ruka-oko v labyrintech.

Jemná motorika: Také při manipulaci s drobnými předměty je znát posun. Navléká drobné korálky a přírodní materiál. Stříhá samostatně – dle linie, složitější s pomocí. Také vytrhávání a mačkání papíru zvládne sám. Motorika prstů je stále oslabena.

Ve vizuomotorické koordinaci je patrný posun. Zvládá motorické labyrinty a jednoduchá bludiště.

- **Grafomotorika a výtvarný projev:**

Cíle IVP: nácvik uvolnění ruky formou hry (celé paže, předloktí, zápěstí), předkládat výtvarné netradiční techniky a činnosti, cvičení s prsty, upevňování špetkového úchopu, dokreslování, obkreslování různých šablon.

Grafomotorika a výtvarný projev: Libor s rodiči absolvoval grafomotorický kurz, který byl především zaměřen na uvolnění ruky, zápěstí a na správný úchop. Nyní má

ruku uvolněnější a hlavně odlehčenější. Podařilo se také upravit špatné návyky sezení, správný úchop je nejistý, potřeba fixovat.

Nakreslí kruh, čtverec, trojúhelník, křížek. Výtvarné činnosti má již v oblibě. Rád maluje netradičními technikami. Nakreslí auto, hlavonožce.

Lateralita: vyhraněná pravorukost, ruka P, dolní končetina P, oko P – souhlasná lateralita.

- **Zrakové vnímání:**

Cíle IVP: přiřazování barev a jejich odstínů, pojmenovávání, odlišit dva překrývající se obrázky, vyhledat tvar na pozadí, doplňování chybějící části v obrázku, řazení obrázků podle posloupnosti děje, zapamatování si umístění obrázků v řadě.

Zrakové vnímání: tvary a barvy rozlišuje, stále má problém s pojmenováním, puzzle skládá rád – až 30 dílů, zlepšil se při vyhledávání detailů. Zvládne poskládat obrázky dle dějové posloupnosti. Pamatuje si šest předmětů a pozná, který chybí. U obrázků si zapamatuje řadu čtyř po sobě jdoucích. Hraje pexeso (s méně obrázky) a Černého Petra.

- **Sluchové vnímání:**

Cíle IVP: určování různých zvuků z okolního prostředí, naslouchání krátkému příběhu, vytleskávání slabik ve slovech, rozlišování slov se změnou hlásky s vizuálním podnětem, opakování jednoduchých vět, reakce na určená slova v textu.

Sluchové vnímání: Ve sluchové vnímání přetrvávají problémy se sluchovou pamětí (zvládá řady 2 – 3 slov) a diferenciací. Rozliší některá slova s vizuálním podnětem (např. změna hlásky – tráva x kráva). Mírný pokrok jsem zaznamenala v udržení rytmu a vytleskávání slabik.

- **Motorika mluvidel a dýchání:**

Cíle IVP: nácvik dýchání nosem, dýchání do bránice, foukání bublifuku, brčkem, do větrníku, uvědomování si pohybů jazyka, nafukování tváří, otevírání úst, špulení rtů, práce s hlasem – zesilování a zeslabování.

Motorika mluvidel: Libor s rodiči dochází na rehabilitační cvičení zaměřené na orofaciální oblast. Celkově se zlepšila motorika mluvidel, přesto problémy přetrvávají – uvědomění si pohybu a polohy mluvidel.

Dýchání: Začíná si uvědomovat dýchání nosem a ústy, fouká a pije brčkem. Trénujeme dýchání do bránice.

- **Řeč a komunikační schopnosti:**

Cíle IVP: podporovat mluvní apetit při slovních hádankách, říkankách a písních. Rozvoj aktivní slovní zásoby, určování nadřazených pojmů, malované čtení – doplnění slov ve správném tvaru. Konverzace nad knihou či obrázkem. Podporovat tvoření vět, klást otázky.

Řeč a komunikační schopnosti: Zlepšila se především chuť komunikovat. Tvoří dvouslovné až tříslovné dysgramatické věty. Odpovídá jednoslovně. Nemá vyvozeny hlásky KG, CSZ, ŠŽ, CH, RŘ. DTN – vázne poloha jazyka. J – zvládá slabiky *já, jo, jé,* dále nepoužívá. H – daří se pouze *hú*. Č – daří se zvuk, občas zapojí do jednoduchých slov při cíleném procvičování. Opakování slov vázne, komolí i jednoduchá slova. Podrobněji ve srovnávací tabulce.

Celkově je řeč narušena ve všech jazykových rovinách:

Foneticko- fonologická rovina – problémy v realizaci spojení dvou hlásek, vyvozených hlásek užívá jen v určitých slovech.

Lexikálně- sémantická rovina – pasivní slovní zásoba je na dobré úrovni (odpovídá věku), aktivní slovní zásoba – aktivně užívaný slovník obsahuje asi 70 slov. Často používá první slabiku slova (*če – červená, mo – modrá*).

Morfologicko- syntaktická rovina - používá věty, které má nacvičené, se slovesem *má* (*Vašek má lano*). Často používá ve větě *proč, kde?* (*Já nemám proč? Sešit ne kde?*).

Pragmatická rovina – má větší chuť komunikovat, i když se to stále nedaří nebo mu není rozuměno. Domlouváme se opisem – čeká pomoc od druhého, nabídku slov. Řekne své jméno a jména členů rodiny. Kde bydlí. Vše nesrozumitelně.

➢ Logopedická intervence

Jméno: **LIBOR**		Diagnóza: **vývojová dysfázie**
	na počátku docházky do MŠ	**po roce docházky do MŠ**
A	✓	✓
O	✓	✓
U	✓	✓
E	nepřesné	✓
I	✓	✓
Ě	x	x
OU	x	x
P	✓	✓
B	✓	✓
M	✓	✓
F	fixace	✓
V	vyvozeno na začátku slov	✓
T	nepřesné	vázne poloha jazyka
D	nepřesné	vázne poloha jazyka
N	nepřesné	vázne poloha jazyka
Ť	x	x
Ď	x	x
Ň	x	x
J	izolovaně	na počátku slabiky
L	nepřesné	✓
K	x	x
G	x	x
CH	x	x
H	izolovaně	na počátku slabiky
C	x	x
S	x	x
Z	x	x
Č	x	na počátku krátkých slov
Š	x	paralálie za Č
Ž	x	x
R	x	x
Ř	x	x
TŘ	x	x
STŘ	x	x
DŘ	x	x
PŘ	x	x
BŘ	x	x
KŘ	x	x
HŘ	x	x
CHŘ	x	x

➢ Spolupráce s rodiči dítěte

Rodiče byli na třídních schůzkách se školním logopedem a učitelkou poučeni, jak se synem pracovat. Bylo jim doporučeno cvičení podle Vojtovy metody a rehabilitační péče na orofaciální oblast (předán kontakt). Rodiče začali pravidelně navštěvovat orofaciální rehabilitaci a moc si vychvalují přístup, péči a přínos pro Libora. Postupně se při rehabilitaci zaměřují na další cvičení zahrnující celkový tělesný rozvoj a koordinaci pohybů.

S rodiči je výborná spolupráce, mají zájem o rozvoj a pokrok svého dítěte, jsou vděčni za každou radu a doporučení. Svědčí o tom i to, že se s Liborem zapojili do grafomotorického kurzu, který trval asi 3 měsíce. Doma mu potom přizpůsobili podmínky, aby stejným způsobem mohl pracovat i v domácím prostředí, a aby výtvarné činnosti byly pro něj zábavné.

Libor domů pravidelně dostává pracovní listy týkající se logopedických cvičení nebo grafomotorických cvičení a cvičení na podporu zrakové a sluchové percepce. Zpět je nosí vypracované včas a má velkou radost, když je pochválen.

Klinického logopeda navštěvují 1x v měsíci. SPC pro děti s vadami řeči navštívili 2x. Poprvé ohledně odkladu povinné školní docházky a podruhé nedávno na kontrolní vyšetření za účelem posouzení vhodného školního zařazení.

➢ Spolupráce logopeda a rodiny

Školní logoped spolupracuje s klinickým logopedem a domlouvají se na nejvhodnější terapii. Osobní setkání logopedů proběhlo 2x. Libor má vedený logopedický deník, s kterým pracují rodiče, klinický i školní logoped. Deník obsahuje logopedický materiál (na vyvozování hlásek a rozvoj aktivní komunikace), ale také dechová cvičení, gymnastiku mluvidel, sluchová a zraková diferenciační cvičení a grafomotorická cvičení. Pro snadnější dorozumění s Liborem používáme komunikační sešit, kam zapisujeme činnosti a zážitky z mateřské školy a rodiče zase z domova.

Logopedické konzultace s rodiči probíhají individuálně v předem dohodnutých termínech asi 3x ročně. Logoped se s rodiči setkává pravidelně, takřka denně. Mají tak možnost ověřit si aktuální úroveň dítěte a navázat spolupráci.

Úroveň spolupráce rodiny, mateřské školy a poradenských zařízení je také obsahem rozhovoru s matkou dítěte v příloze B.

➢ Závěr

Z rozboru sledování úrovně dítěte po roce docházky do logopedické třídy je patrný posun ve vývoji. Přesto se podařilo cíle IVP naplnit jen částečně - v oblasti motoriky, sebeobsluhy, navazování sociálních vztahů, smyslového vnímání a komunikace. Nejvýraznější problémy přetrvávají v komunikačních schopnostech. Řeč je nesrozumitelná a často si jen slova domýšlíme. K usnadnění komunikace nám pomáhá deníček běžných činností.

Z rozhovoru s matkou vyplývá, že je vděčná za rady a doporučení učitelek a školní logopedky. Cenní si spolupráce školního logopeda s klinickým. Pozitivní je dle matky především možnost rehabilitační péče, která probíhá v rámci programu MŠ a je vedená zkušeným fyzioterapeutem.

➢ Prognóza dalšího vývoje

Libor udělal za uplynulý rok docházky do speciální mateřské školy do logopedické třídy jistý pokrok. Přesto aktuální úroveň především v oblasti komunikace není dostačující, aby byl chlapec schopen obstát v běžné ZŠ.

SPC pro děti s vadami řeči doporučuje zaškolení v ZŠ logopedické. Rodiče to odmítají, obávají se pobytu chlapce na internátu. SPC dále navrhuje, pokud bude chlapec zaškolen v ZŠ v místě bydliště, pracovat s ním individuálně a vést ho jako integrovaného žáka.

Z rozhovoru s matkou vyplívá, že plánují syna zařadit do běžné ZŠ, která má bohaté zkušenosti s dysfatickými dětmi. Přesto si myslím, že v případě Libora bude zapotřebí pracovat s ním individuálně, tedy za podpory asistenta a podle individuálního vzdělávacího plánu.

3.4.3 Případová studie č. 3

Jirka nastoupil do speciální mateřské školy do logopedické třídy ve věku 3 r. 11m. Od 2,5 let navštěvoval soukromou mateřskou školu - 3x týdně na 4 hodiny. Ke klinickému logopedovi dochází od 3 let věku dítěte.

Naši mateřskou školu objevila matka náhodou, když si přečetla na dveřích školy letáček týkající se zápisu do logopedické třídy.

- **Diagnóza**

Dg. logopeda: vývojová dysfázie

Dg. foniatra: vada sluchu vyloučena

Dg. neurologa: ADHD syndrom, opožděný vývoj řeči

Dg. kardiologa: po narození defekt komorového septa hemodynamicky nevýznamný, kontrola po 1,5 roce – spontánně uzavřený defekt komorového septa.

- **Rodinná anamnéza**

Matka (narozena 1979) je zdráva, nyní na mateřské dovolené. Pracovala jako administrativní pracovnice v soukromém zdravotnickém zařízení. Otce neuvádí.

Jirka se narodil jako 2. dítě. Jeho starší sestra týden po narození zemřela – hypoxie plodu, těžká psychomotorická retardace. Má mladší sestru (narozena 2011), která je zdráva. Děti žijí v neúplné rodině pouze s matkou. Vztahy v rodině jsou harmonické.

- **Osobní anamnéza**

Jirka se narodil z II. gravidity, porod plánovaným císařským řezem v termínu (po předchozích komplikacích). Porodní váha 3800g, míra 52 cm.
Motorický vývoj dítěte v normě: seděl v 9 měsících, chodil ve 12 měsících, bez plen asi od 2 let. Na podporu správného motorického vývoje cvičil podle Vojtovy metody asi do jednoho roku věku dítěte.

Duševní vývoj: je hyperaktivní, roztěkaný, u úkolu vydrží krátce, v sebeobsluze požaduje dopomoc, její se sám, má své rituály. První slova kolem roka, pak kolem 2. roku vývoj ustal a opět se rozmluvil kolem 3. roku. Adekvátně věku rozumí, ukáže, co potřebuje. Zatím malý mluvní apetit.
Prodělaná onemocnění: běžné virózy, angína, neštovice.

Psychomotorický vývoj dítěte

➢ Úroveň dítěte na počátku docházky do MŠ

Psychomotorický vývoj dítěte je v širší normě. Vzhledem k diagnóze vývojová dysfázie je nejvýraznější opoždění v oblasti řečové a ve sluchovém vnímání.

Sociální chování a hra: Jirka nastupoval do školky s nadšením. Velmi rychle se adaptoval v novém prostředí. Nemá problém navázat kontakt s neznámými lidmi.

Je hravý, přednost dává volné hře, nemá rád řízené činnosti. Hraje si sám, nerad se dělí o hračky nebo je půjčuje. Problémy nejčastěji řeší pláčem. Postupně se začal zapojovat do pohybových a společenských her. Při plnění úkolů je nejistý, neklidný, má tendenci odcházet od rozdělané práce.

Je citlivý, když se mu něco nelíbí nebo to nechce, rozpláče se.

Sebeobsluha: při oblékání vyžaduje pomoc. Když se mu nedaří, rozpláče se. Postupně dochází k osamostatňování v sebeobsluze. Pomoc potřebuje při zapínáním knoflíků, zipu a zavázání obuvi. Hygienické návyky zatím vžité nemá, někdy si zapomene po užití toalety umýt ruce. Jí samostatně a čistě, většinou lžící, někdy vidličkou.

Hrubá motorika: bez vážnějších obtíží, odpovídá věku. Překonává překážky, skočí sounož, přeskočí nízkou překážku, jezdí na tříkolce. Problémy má při nápodobě pohybů, nerad cvičí řízeně. Při chůzi po schodech dolů nemá zafixováno střídání nohou. Míč hodí na cíl, ale nechytí.

Jemná motorika: mírně opožděna. Nevyhledává činnosti jako navlékání korálků a vkládání mozaiky. Stříhá pouze s dopomocí. Problémy má s udržením pozornosti.

Vizuomotorická koordinace nerozvinuta.

Grafomotorika a výtvarný projev: nerad kreslí a maluje. Má špatné návyky při kreslení, nesprávný a křečovitý úchop. Nakreslí kruh, vodorovnou a svislou čáru. Nakreslí čáranici, kterou dokáže pojmenovat.

Lateralita: upřednostňuje pravou, kreslí P, dolní končetina P, oko střídá.

Zrakové vnímání: rozlišuje tvary a barvy (zatím pojmenuje jen některé), skládá puzzle (12 dílů), složí obrázek ze čtyř částí, vyhledá předmět na obrázku. Pamatuje si tři předměty a pozná, který chybí.

Sluchové vnímání: sluchové vnímání nerozvinuto. Problém má s udržením rytmu a vytleskáváním. Lokalizuje zvuk a pozná předměty podle zvuku. Má problém zapamatovat si krátkou říkanku.

Motorika mluvidel: oslabení v oblasti mluvidel, obtíže s jemnými pohyby jazyka.

Dýchání: dechová cvičení provádí bez potíží, problémy při dýchání do bránice.

Řeč a komunikační schopnosti: V řeči jsou patrné dysgramatizmy. Tvoří dvouslovné a tříslovné věty. Většinou odpovídá jednoslovně. Pasivní slovní zásoba převyšuje aktivní, rozumění není narušeno. Větná stavba je nerozvinutá. Nemá vyvozeny hlásky ĎŤŇ, KG, CHH, CSZ, ČŠŽ, RŘ. Vázne užití vyvozených hlásek v běžné mluvě. Podrobněji ve srovnávací tabulce.

Počet slabik většinou zachová. Řeč vázne ve všech rovinách. Lépe je na tom s pasivní slovní zásobou – dobře ukazuje obrázky, jejich části a barvy. Pojmům rozumí.

Zopakuje větu ze tří slov – dysgramaticky.

➢ Speciálně-pedagogické působení mateřské školy a úroveň dítěte po roce docházky do MŠ

- **Sociální chování a hra:**

Cíle IVP: podporovat samostatnost při řešení konfliktních situací, učit se kooperovat s ostatními, podpora správných pracovních návyků – dokončit činnost, uklidit si. Spolupodílet se na utváření společných pravidel, jednat prosociálně.

Sociální chování a hra: v sociální oblasti udělal velký pokrok. Dokáže již řešit konflikty s dětmi, bez problémů se zapojuje do společných aktivit a řízených činností. Hraje si s dětmi i sám. Při hře je tvořivý a dokáže své nápady prosadit a realizovat. Přednost dává konstruktivním hrám, ale i didaktickým. Velmi se zlepšil i při plnění úkolů, udrží déle pozornost a práci dokončí. V kolektivu je oblíbený. Jirka dává přednost vždy jednomu oblíbenému kamarádovi, na kterého je fixován.

- **Sebeobsluha:**

Cíle IVP: upevňování sebeobslužných návyků, nácvik zavlékání zipu a zapínání knoflíků, rozlišování přední a zadní části oděvu, ukládání věcí na určené místo, upevňování hygienických návyků, správné užívání příborového nože, prostře a sklidí ze stolu.

Sebeobsluha: Je téměř samostatný. Oblékne a vysvleče se sám, dokáže si poskládat ošacení, zapne knoflíky a zip. Někdy ještě požaduje pomoc při zavlečení zipu a zavázání obuvi. Hygienické návyky má vžité. Začíná používat příbor, přednost dává pouze vidličce. Nalije si pití a s pomocí si namaže chleba.

- **Hrubá motorika:**

Cíle IVP: zlepšování koordinace pohybů na prolézačkách, zautomatizování střídání nohou při chůzi ze schodů, formou her trénovat cvičení nápodobou, jízda na koloběžce a na kole, nácvik házení a chytání míče.

Hrubá motorika: Pokrok udělal při nápodobě pohybů, rád se hýbe, tancuje i cvičí. Při chůzi po schodech má již fixováno střídání nohou. Překážky překonává bez potíží. Naučil se jezdit na kole, ještě je třeba zautomatizovat. Hodí a chytí míč.

- **Jemná motorika:**

Cíle IVP: manipulace s drobnými předměty – navlékání, vkládání, zatloukání kolíků, práce s přírodním materiálem – navlékání, lepení, nácvik stříhání dle linie, práce s papírem – mačkání, trhání, koláže, prstová cvičení, motorické labyrinty a bludiště.

Jemná motorika: je nyní v normě. Navléká i drobné korálky a přírodní materiál, vkládá mozaiku, zatlouká hřebíčky. Mačká a vytrhává papír, lepí. S nůžkami pracuje také samostatně, stříhá dle linie.

Ve vizuomotorické koordinaci je znát posun. Zvládá motorické labyrinty a jednoduchá bludiště.

- **Grafomotorika a výtvarný projev:**

Cíl IVP: snaha najít zalíbení ve výtvarných činnostech, nácvik uvolnění ruky formou hry (celé paže, předloktí, zápěstí), práce s netradičními technikami, cvičení s prsty, fixace špetkového úchopu, dokreslování, obkreslování různých šablon, dodržování linie při vybarvování.

Grafomotorika a výtvarný projev: Zlepšil se především přístup k výtvarným činnostem. Rád maluje a kreslí netradičními technikami. Upraveny návyky při kreslení, fixujeme špetkový úchop. Nakreslí auto, hlavonožce, dům. Z grafomotoriky zvládne kruh, čtverec, trojúhelník, spirálu, vlnovku. Omalovánky dokáže vybarvit bez přetahování.

Lateralita: pravorukost, kreslí P, dolní končetina P, oko převážně pravé, někdy střídá.

- **Zrakové vnímání:**

Cíle IVP: přiřazování barev a jejich odstínů, pojmenovávání, odlišit dva překrývající se obrázky, vyhledat tvar na pozadí, skládání rozstřihaných obrázků, řazení podle posloupnosti děje, zapamatování si umístění předmětů a obrázků v řadě.

Zrakové vnímání: základní tvary a barvy rozliší i pojmenuje, skládá puzzle (24 dílů), složí rozstříhaný obrázek, k obrázkům přiřazuje stíny, rozlišuje detaily. Poskládá obrázky dle dějové posloupnosti. Pozná, který předmět chybí ze šesti, poskládá řadu čtyř obrázků.

- **Sluchové vnímání:**

Cíle IVP: rytmizace písní, hra na tělo spojená s písní či říkadly, říkanky s pohybem, vytleskávání slabik, sluchové hádanky, malované čtení, lokalizace zvuků z okolí, rozvoj fonematického sluchu.

Sluchové vnímání: daří se mu udržet rytmus, také při vytleskávání slabik udělal pokrok. Dvou a tříslabičná slova vytleská většinou správně. Do sluchové hádanky doplní slovo ve správném tvaru. Naslouchá krátkému příběhu či pohádce. Rozliší slova s vizuálním podnětem (*hodinky – holínky*). Zopakuje krátké říkadlo.

- **Motorika mluvidel a dýchání:**

Cíle IVP: nácvik dýchání nosem, dýchání do bránice, foukání bublifuku, brčkem, do větrníku, uvědomování si pohybů jazyka, nafukování tváří, otevírání úst, špulení rtů, práce s hlasem – zesilování a zeslabování.

Motorika mluvidel: velký pokrok, začíná si uvědomovat polohy jazyka, přesto problémy s přesnými jemnými pohyby jazyka přetrvávají.

Dýchání: dechová cvičení provádí bez problémů – nosem i ústy, zlepšilo se dýchání do bránice.

- **Řeč a komunikační schopnosti:**

Cíle IVP: podporovat mluvní apetit při slovních hádankách, říkankách a písních. Rozvoj aktivní slovní zásoby, tvoření vět, kladení otázek – konverzace nad knihou

či obrázkem. Určování nadřazených pojmů, malované čtení, vypravování pohádek a příběhů podle obrázků.

Řeč a komunikační schopnosti: celkově se zlepšila kvalita i kvantita slov v komunikaci. Řeč je srozumitelnější, větná stavba rozvinutější. Při vyprávění tvoří i souvětí. Používá spojky, předložky, zájmena. Nemá vyvozeny hlásky ŠŽ, RŘ. Č – ve fázi fixace. OU, AU – není plně zautomatizováno, ŤĎ – měkce v řeči, ale ne vždy správně. Podrobněji jsem výslovnost zaznamenala ve srovnávací tabulce.

Přetrvávající potíže ve všech jazykových rovinách:

Foneticko- fonologická rovina – ne všechny vyvozené hlásky v řeči běžně užívá např. měkčení AU, OU. U delších 3-4slabičných slov má problém s artikulací – zaměňuje nebo vynechává slabiky.

Lexikálně- sémantická rovina – pasivní slovní zásoba je na dobré úrovni (odpovídá věku), aktivní slovník – menší zásoba slov.

Morfologicko- syntaktická rovina – menší cit pro jazyk, v kvalitě řeči se projevuje nárůst kvantity – více dysgramatizmů v řeči. Tvoří i souvětí se spojkami *protože, a.*

Pragmatická rovina – vhodně užívá řeč ke komunikaci, sám pokládá otázky. Řekne, jak se jmenuje, kde bydlí. Dokáže vyjádřit svá přání, pocity a stavy nikoliv.

➢ Logopedická intervence

Jméno: **JIRKA**		Diagnóza: **vývojová dysfázie**
	na počátku docházky do MŠ	**po roce docházky do MŠ**
A	✓	✓
O	✓	✓
U	✓	✓
E	✓	✓
I	✓	✓
Ě	✓	✓
OU	fixace	není plně zautomatizováno
P	✓	✓
B	✓	✓
M	✓	✓
F	✓	✓
V	✓	✓
T	✓	✓
D	✓	✓
N	✓	✓
Ť	x	fixace
Ď	x	fixace
Ň	x	fixace
J	✓	✓
L	nepřesné	✓
K	x	✓
G	x	✓
CH	x	✓
H	x	✓
C	x	✓
S	x	✓
Z	x	✓
Č	x	vyvozuje
Š	x	x
Ž	x	x
R	x	x
Ř	x	x
TŘ	x	x
STŘ	x	x
DŘ	x	x
PŘ	x	x
BŘ	x	x
KŘ	x	x
HŘ	x	x
CHŘ	x	x

➢ Spolupráce s rodiči

Také Jirkova matka byla na třídních schůzkách se školním logopedem a učitelkou poučena, jak se synem pracovat. Je s ní výborná spolupráce, má zájem o rozvoj a pokrok svého dítěte. V mateřské škole s učitelkou a logopedkou pravidelně konzultuje chování a výsledky svého syna. Je zřejmé, že za Jirkův posun ve všech oblastech, se z velké části zasloužila právě matka.

Jirka domů pravidelně dostává pracovní listy týkající se logopedických cvičení. Dle matky doma pracuje s chutí. Na její žádost, jsme postupně začali Jirkovi chystat i grafomotorická cvičení a cvičení na podporu zrakové a sluchové percepce.

Klinického logopeda navštěvují pravidelně 1x v měsíci. SPC pro děti s vadami řeči zatím nenavštívili.

➢ Spolupráce logopeda a rodiny

Školní logoped spolupracuje s klinickým logopedem a domlouvají se na nejvhodnější terapii. Osobní setkání logopedů proběhlo 2x. Jirka i Libor mají stejného klinického logopeda.

Chlapec má vedený logopedický deník, s kterým pracuje matka, klinický i školní logoped. Deník obsahuje logopedický materiál (na vyvozování hlásek a rozvoj aktivní komunikace), ale také dechová cvičení, gymnastiku mluvidel, sluchová a zraková diferenciační cvičení.

Logopedické konzultace s matkou probíhají stejně jako u ostatních rodičů dětí individuálně v předem dohodnutých termínech asi 3x ročně. Jak jsem se již zmínila, Jirkova matka má potřebu konzultovat aktuální úroveň syna častěji, a to s učitelkami i logopedkou, což je jí umožněno takřka denně, při společném setkávání.

Úroveň spolupráce je také zhodnocena matkou v rozhovoru v příloze C.

➢ Závěr

Jirka udělal v průběhu jednoho roku docházky do logopedické třídy značný pokrok a to především v komunikační oblasti, ale také v motorické, emocionální a sociální oblasti. Jak jsem se již zmínila, má na tom velký podíl především matka, protože výborně spolupracuje s učitelkami, logopedkami a ostatními odborníky.

Z rozhovoru s matkou vyplývá, že je spokojena s péčí o syna v logopedické třídě, oceňuje rady a doporučení školní logopedky a učitelek. Vyzdvihuje odbornost personálu, informovanost o činnostech v MŠ a spolupráci se školní logopedkou.

➢ Prognóza dalšího vývoje

Jirka udělal během své docházky do logopedické třídy značný pokrok ve všech oblastech. Poněvadž bude jeho docházka ještě minimálně jeden školní rok pokračovat (při odkladu PŠD dva roky), je pravděpodobné, že i v oblasti komunikace bude docházet ke zlepšení a úpravě komunikačních schopností.

Matka dítěte má velký zájem, aby byl její syn dobře připraven na budoucí vstup do základního vzdělání, proto mimo jiné zjišťuje možnosti jeho zařazení. Jednou z alternativ je malotřídní základní škola s nižším počtem dětí ve třídě.

3.5 Výsledek výzkumného šetření

Při výzkumném šetření jsem se zaměřila na analýzu vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií v logopedické třídě při speciální mateřské škole. Vybrala jsem si tři chlapce s touto diagnózou a na základě odborných vyšetření, osobní a rodinné anamnézy, logopedických záznamů, vstupní a průběžné diagnostiky, jsem zpracovala případové studie těchto dětí. Cílem bylo zjistit, zda reálná podpora dětí s vývojovou dysfázií v logopedické třídě je pro dítě přínosem. V průběhu výzkumného šetření jsem si kladla otázky týkající se speciální péče, kterou dětem poskytujeme a pozitiva, případně rezervy ve spolupráci s rodinou, logopedkou a poradenskými zařízeními.

Naplnění dílčích cílů:

1. **Jakou speciální péči dětem MŠ poskytuje a jaké jsou v závislosti na ní pokroky u dětí?**

V logopedické třídě při speciální mateřské škole je propojena individuální logopedická péče se skupinovou. Školní logoped s učitelkami spolupracuje, činnosti jsou provázané a efektivní. Denně jsou zařazována přípravná logopedická cvičení formou her a zábavných činností. Snížený počet dětí umožňuje poskytnout dětem individuální péči ve všech činnostech – sebeobslužných, pohybových, smyslových, pracovních i společenských. Rozbor činností, diagnostika dětí a s ní související tvorba IVP jsou náplní konzultací školního logopeda a učitelek s rodiči dětí (3x ročně).

Z případových studií vyplývá, že všechny tři děti udělaly v průběhu jednoho roku docházky do logopedické třídy pokrok ve vývoji, především v oblasti komunikace, ale také v sebeobsluze, motorice, smyslovém vnímání a v sociální a emocionální oblasti. Ukázalo se, že práce s dětmi podle IVP, individuální i skupinová logopedická péče, je pro dítě s tak těžkou poruchou jakou je vývojová dysfázie přínosná. U Libora, který má ze všech třech chlapců největší potíže v komunikaci, se osvědčil komunikační sešit, který nám usnadňuje rozumění řeči a motivuje Libora k vzájemné komunikaci.

Speciální péče je poskytována i v oblasti fyzioterapie (individuální i skupinová rehabilitační péče), která probíhá v rámci programu MŠ a je vedená zkušeným fyzioterapeutem.

2. **Jaká pozitiva a rezervy jsou ve spolupráci s rodiči z pohledu MŠ a matky dítěte?**

Rodiče jsou dostatečně informováni o chodu mateřské školy, činnostech a režimu dne na informativní schůzce před nástupem dítěte do MŠ. Všechny informace mají průběžně k dispozici na nástěnce v šatně MŠ nebo na internetových stránkách školy (ŠVP PV, TVP PV, akce). Školní logoped poskytuje rodičům dětí průběžně informace o postupech v terapii. Individuální konzultační schůzky s logopedem a učitelkami probíhají 3x ročně. Cílem schůzek je zapojit rodiče do terapie, spolupodílet se na diagnostice dítěte a tvorbě IVP a získat je ke spolupráci, která bude směřovat k úspěšné terapii.

Z rozhovorů s matkou Libora a Jirky vyplývá, že jsou spokojeni s odbornou péčí, kterou MŠ poskytuje jejich dětem. Dále uvádějí, že díky dostupnosti materiálů k výchovně vzdělávacím činnostem mají přehled o denním programu v MŠ a mohou tak na činnosti navázat i doma. Liborovi rodiče rovněž kladně hodnotí přínos komunikačního sešitu a fyzioterapie. Naopak z rozhovoru s matkou Martina vyplývá, že neměla dostatek informací o tom, jak její syn tráví čas v MŠ. V té době byly jisté rezervy ve spolupráci s rodiči. V průběhu dvou let (po odchodu Martina z MŠ) jsme však udělali značný pokrok ve spolupráci a rodiče jsme začali zapojovat do výchovně vzdělávacího procesu (internetové stránky, zapojení rodičů do diagnostiky dětí, společné akce). Úspěch v terapii je však vždy závislý nejen na péči v MŠ, ale především na rodině a její ochotě spolupracovat s odborníky a předškolním zařízením.

Zkvalitnění spolupráce s rodiči je jedním z našich hlavních cílů do budoucnosti. Chtěli bychom prostřednictvím dotazníků či rozhovorů s rodiči zjistit, které problémy je nejvíce trápí a pomoci např. pořádáním odborných seminářů je společně řešit.

3. Jaká je spolupráce všech subjektů zúčastněných na péči o dítě s vývojovou dysfázií v MŠ?

U všech dětí se podařilo propojit spolupráci klinického logopeda, školního logopeda, rodiny a mateřské školy. S rodiči Libora i Jirky je výborná spolupráce, drží se doporučení odborníků a hledají další možnosti nápravy (Libor – rehabilitační péče, grafomotorický kurz, Jirka – cvičení podle Vojtovy metody a následně hudebně pohybové aktivity). Důležitou roli zde má včasná diagnostika vývojové dysfázie a neodkladné zahájení speciálně pedagogické péče (Jirka ve 3 letech, Libor ve 4 letech).

U Martina byla diagnostikována vývojová dysfázie asi ve 4,5 letech. Z rozhovoru s matkou vyplývá, že její pochybnosti ohledně vývoje řeči nebyly z pohledu pediatra akceptovány. Situaci začala řešit až zastupující lékařka, která doporučila odborné vyšetření na foniatrii. Také z rozhovoru s matkou Libora vyplývá, že má s pediatrem podobnou negativní zkušenost.

SPC pro děti s vadami řeči splnilo funkci diagnostickou, která byla zapotřebí pro odklad povinné školní docházky (Martin, Libor). Libor s rodiči navštívili SPC opakovaně pro zjištění vhodného zařazení do základního vzdělávání. Jirkova matka se na návštěvu SPC připravuje.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pokroky u dětí jsou závislé také na včasné diagnostice, a s tím souvisejícím včasném zahájení terapie. Velký podíl na úspěšné terapii má samozřejmě také rodina a vzájemná spolupráce všech zúčastněných na péči o dítě s vývojovou dysfázií. Z případových studií a rozhovorů s matkou dítěte vyplývá, že je spolupráce rodiny, předškolního zařízení a odborníků na dobré úrovni. Pozitivní je spolupráce logopeda školního s klinickým logopedem a provázanost péče.

ZÁVĚR

Schopnost efektivně využívat řeč v mezilidské komunikaci předpokládá aktivní postoj dítěte k dané situaci a k lidem vůbec. Pro většinu dětí s vývojovou dysfázií je však typická určitá komunikační pasivita. Děti samy nenavazují hovor, ale spíše čekají na otázku. Často jsou v roli naslouchajícího. Nedovedou si samy získat potřebné informace. V předškolním věku, zejména po nástupu do kolektivního zařízení, komunikují omezeným slovníkem, vlastním slovníkem nebo neverbálně. Tyto projevy verbální i neverbální komunikace svědčí o tom, že si dítě postupně uvědomuje své komunikační obtíže a velmi často získává komunikační zábrany, které se mohou při nevhodném upozorňování ještě zvětšit. Proto je vhodné citlivé a odborné vedení nejen samotného dítěte, ale také jeho rodiny.

Cílem bakalářské práce je hledat cesty ke zkvalitnění vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií v logopedické třídě při speciální mateřské škole a potvrdit přínos individuálního vzdělávání pro rozvoj osobnosti dítěte. Z výzkumu vyplývá, že dobře funguje spolupráce školní logopedky s učitelkami, jejich výchovně vzdělávací péče je propojena a činnosti na sebe vzájemně navazují. Pozitivní je ve spolupráci s logopedkou a rodinou zavedený komunikační deníček u dětí s těžkou formou vývojové dysfázie. Ke zkvalitnění vzdělávání dětí a zlepšení spolupráce s rodiči by bylo vhodné zavést komunikační deník u všech dětí. Měli bychom tak zároveň zpětnou vazbu o fungování vzájemné spolupráce rodiny a mateřské školy.

Jako pozitivní lze hodnotit spolupráci školního logopeda s rodinou (konzultace dle potřeby a individuální konzultace 3x ročně). Kladně byla rodiči hodnocena také spolupráce klinického a školního logopeda. Rodiče se daří vtáhnout do problematiky vývojové dysfázie a mohou tak na dítě lépe působit. Pro děti je velkým přínosem pravidelná rehabilitační péče v MŠ (individuální, skupinová), která probíhá pod odborným vedením zkušeného fyzioterapeuta, který rovněž spolupracuje s rodiči a upozorňuje je na slabá místa a jejich nápravu. Velkým přínosem pro dítě je možnost individuální péče. Každé dítě je vzděláváno podle IVP, na jehož základě jsou patrné posuny ve vývoji dítěte.

V teoretické části jsem vycházela z vývoje dětské řeči a zaměřila jsem se na narušený vývoj řeči, především pak vývojovou dysfázii. Tato vývojová porucha řeči

je charakterizována širokou škálou symptomů, které se promítají nejen do oblasti řečového projevu, ale do všech složek osobnosti. Úspěšnost terapie pak závisí na včasné diagnostice vývojové dysfázie a na zajištění odborné a týmové spolupráce.

V praktické části jsem provedla výzkum, jehož cílem bylo analyzovat reálnou podporu dětí s vývojovou dysfázií v předškolní vzdělávací instituci. Zaměřila jsem se na otázky týkající se speciální péče, kterou MŠ dětem poskytuje a na spolupráci rodiny, předškolního zařízení a odborných institucí v péči o dítě s vývojovou dysfázií. Výzkumné šetření jsem zpracovala do tří případových studií. Z výsledků vyplývá, že u dětí s vývojovou dysfázií v prostředí logopedické třídy, kde je zajištěna individuální péče ve všech oblastech rozvoje, dochází k výraznému posunu ve vývoji osobnosti dítěte. Další možností je integrace dítěte s vývojovou dysfázií. Vždy však záleží na včasné diagnostice a následné logopedické intervenci zaměřené na všechny oblasti osobnosti dítěte. U vývojové dysfázie se jedná o terapii náročnou a dlouhodobou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

DLOUHÁ, O. *Vývojové poruchy řeči. Vztah centrálních poruch řeči a sluchu.* Praha: 2003. ISBN 80-239-1832-X.

DLOUHÁ, O. NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy sluchové percepce u dětí s vývojovou dysfázií.* Otorinolaryngologie a Foniatrie, 46/1997.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I.* Brno: Paido. 2. vydání, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči, Dysfázie.* Naklad. Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči.* Praha: Galén, 5. přepracované vydání, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

KUTÁLKOVÁ, D. *Vývoj dětské řeči krok za krokem.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3080-6.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN80-88824-18-4.

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* Portál: Praha, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie.* Praha. SPN. 1987.

MATĚJČEK, Z. ŽLAB, Z. *Zkouška laterality.* Bratislava, Psychodiagnostické a diagnostické testy. 1972.

MIKULAJOVÁ, M. RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči.* Bratislava: 1993. ISBN 80-900445-0-6.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum.* Olomouc: Pedagogická fakulta. 2001. ISBN 80-244-0258-0.

SOVÁK, M. *Logopedie.* Praha: SPN, 1978. Publikace č. 06-40-11/II,/1.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie.* Praha: SPN, n. p. Praha, 1981. publikace č. 06-40-11/I/2.

ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* Portál: Praha, vyd.2., 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠTURMA, J. VÁGNEROVÁ, M. *Kresba postavy.* Príručka. Bratislava: Psychodiagnostiké a didaktické testy, n. p., 1982.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Rozhovor s matkou Martina

Příloha B: Rozhovor s matkou Libora

Příloha C: Rozhovor s matkou Jirky

Příloha D: Kresba postavy Martina

Příloha E: Kresba Libora – čmáranice „auto“

Příloha F: Kresba Jirky „auto“

Příloha A

Rozhovor s matkou Martina

V jakém věku dítěte jste zjistila, že vývoj není optimální a dochází k opoždění ve vývoji řeči?

Matka: „Asi ve dvou letech už nám to bylo divný. Oproti sestře (dvojčeti) mluvil hodně špatně. Nebylo mu vůbec rozumět.“

Pochybnosti jste měla pouze vy sama nebo k tomu přispěl i nějaký odborník
např. pediatr?

Matka: „Ne, naše paní doktorka pořád tvrdila, že se rozmluví, že jsou kluci pomalejší.“

V jakém věku byla u dítěte diagnostikována vývojová dysfázie?

Matka: „Asi kolem 4. roku. To byla u nás na záskok jiná doktorka a hned měla podezření, že není něco v pořádku, že kluk neslyší.“

A poslala Vás na nějaké další odborné vyšetření?

Matka: „Ano, na foniatrii.“

Diagnózu vývojová dysfázie určil dítěti klinický logoped nebo jiný specialista?

Matka: „Logopedka a v Praze na logopedické klinice.“

Od kolika let věku dítěte navštěvujete klinického logopeda?

Matka: „Asi od 4 a půl let.“

Jak časté jsou tyto návštěvy?

Matka: „Letos v lednu nás vyřadila. Martin, když mluví pomalu, mluví líp než já. Já neumím *r* a *ř*.“

Jaká byla frekvence návštěv, když Martin navštěvoval mateřskou školu?
Matka: „Asi 1x za měsíc.“

Kdo Vám doporučil logopedickou třídu při speciální mateřské škole?
Matka: „Nikdo, sama jsem sháněla. Když mi řekli, že půjde do Týna na internát, tak jsem hledala, ptala se, až jsem našla.“

Jak byste stručně zhodnotila posun dítěte přibližně po roce docházky do logopedické třídy?
Matka: „Martin se průběžně hodně zlepšoval. Hlavně se nám přestal vztekat, protože jsme mu začínali pomalu rozumět.“

Pokuste se zhodnotit spolupráci s učitelkami v MŠ.
Matka: „Co dělal syn v MŠ, jsem celkem nevěděla, nebyl žádný sešit, do kterého by se zapisovalo, vlepovalo, co syn dělá ve školce. Ale protože byl syn ve školce velmi spokojený a od logopedky jsme měli na procvičování všeho dost, tak jsem to ani nikdy neřešila.“

Máte nějaký návrh, jak zlepšit péči o tyto děti v MŠ?
Matka: „Celkem ne, jsem spokojená. Bylo vidět, že se ve školce pořád něco děje, paní učitelky se snaží. Vždy, když jsem přišla, pracovali nebo si hráli s dětmi.“

Nyní se budou mé otázky týkat spolupráce mezi Vámi a SPC pro děti s vadami řeči. Kdy jste byli poprvé v SPC pro děti s vadami řeči (věk dítěte) a na čí doporučení?
Matka: „Byli jsme tam jen jednou při odkladu školní docházky. Poslala nás tam logopedka a učitelka v MŠ.“

Byly pro Vás informace týkající se doporučení, jak s dítětem pracovat a jaké postupy používat, dostačující?
Matka: „Martin se ze začátku učit nechtěl. Naučili ho to až v Praze na logopedické klinice, kde byl asi v 5 letech. Pak už nám vydržel sedět a opakovat, co nám napsala paní logopedka. Denně tak 5 -10 minut, déle to nevydržel.

Pořád jsme opakovali a opakovali to je asi základ. Když se s námi hádal, že už to říká dobře, tak jsme ho natáčeli na kameru. Pak až uvěřil a vždy se smál, jak mluví.“

Poslední otázky se týkají zařazení Vašeho dítěte do základního vzdělání.

Co Vás vedlo k rozhodnutí, zařadit syna do speciální ZŠ pro sluchově postižené?

Matka: „Normální ZŠ by nezvládl, postupují moc rychle. Tady je málo dětí, mají na ně více času. Má tu svoje kamarády a je spokojený.“

Jak byste nyní, s časovým odstupem, zhodnotila toto rozhodnutí?

Matka: „Je to to nejlepší co jsme pro něj mohli udělat. V normální ZŠ by byl vždy ten poslední. Doufám, že při přestupu na střední školu nezměním svůj názor, a že nás to pak nebude mrzet.“

Děkuji za rozhovor.

Příloha B

Rozhovor s matkou Libora

V jakém věku dítěte jste zjistila, že vývoj není optimální a dochází k opoždění ve vývoji řeči?

Matka: „Opoždění ve vývoji řeči jsme si všimli kolem druhého roku.“

Pochybnosti jste měla pouze vy sama nebo k tomu přispěl i nějaký odborník např. pediatr?

Matka: „Podle odborníků to bylo v pořádku. Naše pochybnosti většinou zakončovali větou " nebojte, on se rozmluví".“

Od kolika let věku dítěte navštěvujete klinického logopeda?

Matka: „Asi od 3 a půl let.“

V jakém věku byla u dítěte diagnostikována vývojová dysfázie?

Matka: „Diagnóza vývojová dysfázie byla diagnostikována klinickým logopedem mezi 4. a 5. rokem.“

Jak časté jsou vaše návštěvy u klinického logopeda?

Matka: „V současné době chodíme na logopedii 1x měsíčně.“

Nyní se budou mé otázky týkat předchozí MŠ běžného typu.

Zajímá mě, jak se Libor adaptoval v novém prostředí a jaké jste v průběhu docházky sledovala změny?

Matka: „Libor chodil do školky, kde bylo 27 dětí od 3 do 7 let. Adaptoval se velmi dobře asi i díky tomu, že tam začal chodit se svým starším bratrem. Druhý rok tam byl už bez něj ale pořád docela spokojený. S dětmi ho to tam bavilo, ale s p. učitelkami komunikoval pouze přes děti. Mírný pokrok v motorice jsme sledovali, ale v komunikaci ne.“

Když se Vás přímo zeptám na rozdíly mezi běžnou a speciální MŠ. V čem je vidíte?

Matka: „Ve speciální mateřské škole je péče o děti daleko více zaměřená na jejich specifické potřeby, je možné s nimi pracovat i individuálně. Je tam plno aktivit, které dětem pomáhají v řeči, v motorice i v celkovém rozvoji (logopedie, cvičení, canisterapie...).
V běžné školce kvůli velkému počtu dětí je na děti daleko méně času. Od doby, kdy Libor chodí do speciální MŠ, jsou pokroky v motorice i komunikaci skvělé. Je velká škoda, že jsme o této školce nevěděli dříve.“

Kdo Vám doporučil logopedickou třídu při speciální mateřské škole?

Matka: „Nikdo. Našli jsme ji na internetu.“

Jak byste stručně zhodnotila posun dítěte přibližně po roce docházky do logopedické třídy?

Matka: „Libor má hlavně chuť mluvit. V řeči se po roce docházky určitě zlepšil a zároveň vidíme zlepšení i v motorice.“

Pokuste se zhodnotit spolupráci s učitelkami v MŠ?
Matka: „Spolupráce s učitelkami v MŠ je vynikající. Dětem se maximálně věnují, dostáváme rady a úkoly, jak pracovat se synem doma. To je pro nás velmi důležité a hlavně přínosné pro našeho syna. Ceníme si i spolupráce paní logopedky z MŠ s naší klinickou logopedkou.“

Procvičovali jste doma se synem stejné věci jako v MŠ?

Matka: „Před nástupem do této MŠ jsme neměli zdaleka tolik informací, jak našemu synovi pomoci ke zlepšení řeči. Takže většina věcí, které jsme cvičili na doporučení naší předchozí paní logopedky, spíše našeho syna zatěžovaly a nebylo v jeho silách je zvládnout. Díky této MŠ a naší nové paní logopedce máme mnoho doporučení, co cvičit a výsledky jsou velmi patrné."

Máte nějaký návrh, jak zlepšit péči o tyto děti v MŠ?

Matka: „Jsem přesvědčena, že péče, která je dětem v MŠ poskytována, je na velmi dobré úrovni a to díky kvalifikovaným učitelkám, logopedce a nyní i díky možnosti rehabilitačního cvičení s fyzioterapeutem přímo v MŠ."

Kdy jste byli poprvé v SPC pro děti s vadami řeči (věk dítěte) a na čí doporučení?

Matka: „V SPC pro děti s vadami řeči jsme byli poprvé, když bylo Liborovi pět let. Doporučila nám to logopedka a učitelky ve školce."

Kde jste získávala informace, jak s dítětem s vývojovou dysfázií pracovat?

Matka: „Ještě než syn nastoupil do logopedické třídy, tak jsme informace získávali pouze na internetu."

Poslední otázky se týkají zařazení Vašeho dítěte do základního vzdělání.

Máte již jasno v zařazení vašeho dítěte?

Matka: „Ano. Vybrali jsme základní školu T. G. Masaryka ve Vrátě."

Co Vás vedlo k tomuto rozhodnutí?

Matka: „Tuto ZŠ jsme vybrali proto, že tam mají již několikaleté zkušenosti s dětmi s vývojovou dysfázií."

Děkuji za rozhovor.

Příloha C

Rozhovor s matkou Jirky

V jakém věku dítěte jste zjistila, že vývoj není optimální a dochází k opoždění ve vývoji řeči?

Matka: „Myslím, že kolem 2. Roku. Od malička odmítal komunikovat přes knížky, prohlížet si je. Začaly ho bavit až kolem 3 let. Nechtěl opakovat, měl pár svých slov, citoslovcí. On osobně řeč neřešil, nepotřeboval jí, vystačil si hodně pantomimicky. Od malička byl šťastné, veselé dítě, hodně otevřený i bez řečové komunikace.“

Pochybnosti jste měla pouze vy sama nebo k tomu přispěl i nějaký odborník např. pediatr?

Matka: „Určitě jsme to nejvíc řešili my doma. Pediatr to sváděl, že je to kluk, že až bude chtít, tak se rozmluví. Logopeda jsem vyhledala až sama.“

Od kolika let věku dítěte navštěvujete klinického logopeda?

Matka: „Asi od 3 let.“

V jakém věku byla u dítěte diagnostikována vývojová dysfázie?

Matka: „U první návštěvy logopeda ve 3 letech bylo vysloveno podezření na expresivní vývojovou dysfázii, ale zatím to brala jako opožděný vývoj řeči. Totéž i na neurologii. Vlastně poprvé tuto diagnózu vyslovila až Mgr. Koppová. Na logopedii jsme k ní začali chodit v létě 2012 (pozn. Jirkovi byli 4r.9m.). Ta řekla, že je to klasická vývojová dysfázie.“

Jak časté jsou vaše návštěvy u klinického logopeda?

Matka: „U první paní logopedky byly velmi zřídka, i 1x za 3 měsíce. Vlastně i to byl hlavní důvod, že jsem vyhledala jiného logopeda. A udělala jsem moc dobře. K Mgr. Koppové chodíme 1x měsíčně."

Nyní se budou mé otázky týkat předchozí MŠ běžného typu.

Zajímá mě, jak se Jirka adaptoval v novém prostředí a jaké jste v průběhu docházky sledovala změny?

Matka: „Jirka začal chodit do soukromé školky ve 2,5 letech. Nepřišlo mi, že tam mají vysloveně školkový režim, spíš takové "drahé" hlídání. První dva dny jsem tam s ním vždy chvíli byla, ale on byl lačný kolektivu, takže s adaptací problém neměl. Chodil tam rád. Pokroky jsem moc nesledovala, komunikační určitě ne, spíš v sebeobsluze, i když to také valné nebylo. On si jen užíval dětský kolektiv, jiné hračky, prostředí a necítila jsem z řad tamních dospělých nějaký zájem ho v něčem někam dál posunout."

Když se Vás přímo zeptám na rozdíly mezi běžnou a speciální MŠ. V čem je vidíte?

Matka: „V mém případě vidím rozdíl podstatný a veliký. Péče o rozvoj dovedností, poznatků, řeči se nedá vůbec srovnat. Vedení dětí k samostatnosti je ve speciální MŠ daleko větší, hledí se na dítě jako samostatnou bytost s jeho potřebami a hledí se na to, aby se dítě posunulo dál, až ke svým možným hranicím, což je báječné. V běžné školce jsou děti brány vysloveně jako celek, kde se dítě s problémem ztratí. Musí se cítit "samo" a nepochopeno, tím pádem se nemůže i náležitě rozvíjet a zdokonalovat."

Kdo Vám doporučil logopedickou třídu při speciální mateřské škole?

Matka: „Nikdo. Stále jsem hledala vhodné zařazení syna do mateřské školy. Opravdu jsem nad tím strávila mnoho času. Bála jsem se, že v klasické MŠ nebude mít dostačující péči, že se mezi tolika dětmi „ztratí", že se v řeči nikam neposune a bude nešťastný. Náhodou jsem si přečetla na dveřích školy, že se koná zápis do logopedické třídy a to mě nadchlo. Vůbec jsem neměla ponětí, že něco takového v ČB existuje. Ani na internetu jsem nic nenašla a to jsem tím strávila mnoho večerů."

Jak byste stručně zhodnotila posun dítěte přibližně po roce docházky do logopedické třídy?

Matka: „Obrovský. První změny jsem začala pozorovat tak po 3 měsících. Začala se mu obohacovat slovní zásoba, pomalu skládal krátké věty. Téměř každý den mě překvapil novým slovem, slovním spojením. Začal říkat i víceslabičná slova. Do té doby zvládl nanejvýš dvouslabičné slovo. Pokrok byl vidět obrovský a vlastně ho vidím každý den do dneška. Dojímá mě, když ho slyším, jak si zpívá celé písničky, jak mi ukazuje, co ve školce cvičí, co se naučil. Velký pokrok udělal i v hrubé a jemné motorice. Zamiloval si nůžky, stříhá doma teď všechno - od letáků po punčocháče."

Pokuste se zhodnotit spolupráci s učitelkami v MŠ?

Matka: „Nemohu si na nic stěžovat. Myslím, že každého rodiče těší slyšet, co dítě ve školce za celý den prožilo, jak se osobně zúčastňovalo, co mu šlo, nešlo. Myslím, že tato spolupráce funguje. Jednání je vstřícné a pro mě dostačující."

Procvičovali jste doma se synem stejné věci jako v MŠ?

Matka: „Myslím, že ve školce jsem získala plno podnětů, jak se synem pracovat. Jsem ráda, že na webových stránkách je teď ke stažení, k prohlédnutí vždy aktuální plán na daný měsíc. Můžu se dočíst téma, kterým se zabývají, jaké se učí říkanky, písničky. Jirka to potom doma rád opakuje a poučuje, že to dělám nebo říkám špatně, že takhle to ve školce nedělají. Dobrá je teď spolupráce s paní logopedkou, která nás zásobuje úkoly a Jirka ze své poctivosti a důležitosti je doma rád plní."

Máte nějaký návrh, jak zlepšit péči o tyto děti v MŠ?

Matka: „Podle mě je nejdůležitější mluvit, mluvit, mluvit, aby se dětem rozvíjela slovní zásoba, aby slyšely, jak správně se to říká. Neodbývat je jen hmmm nebo ano. Ale zopakovat správně, vše celou větou se správnými předložkami, časováním, slovosledem, pokud je to možný "donutit" je to zopakovat. Jinak si myslím, že péče je v pořádku, že pedagogové jsou vzdělaní a o dané věci ví co nejvíce a s dětmi dobře pracují."

Nyní se budou mé otázky týkat spolupráce mezi Vámi a SPC pro děti s vadami řeči.

Kdy jste byli poprvé v SPC pro děti s vadami řeči (věk dítěte) a na čí doporučení?

Matka: „V SPC v Týně nad Vltavou jsme ještě nebyli. Paní logopedka nám doporučila navštívit SPC v příštím školním roce, až půjde syn k zápisu do školy."

Co očekáváte od spolupráce se SPC pro děti s vadami řeči?

Matka: „Očekávám, že mi pomůže se zařazením syna do základního vzdělání, popř. vytvoří individuální plán apod."

Kde jste získávala informace, jak s dítětem s vývojovou dysfázií pracovat?

Matka: „Hodně informací jsem se dozvěděla na internetu, u logopeda, z knížek."

Poslední otázky se týkají zařazení Vašeho dítěte do základního vzdělání. Už jste se zmínila, že očekáváte, že Vám v tomto ohledu pomůže SPC. Přesto se zeptám, jestli máte nějakou představu o zařazení.

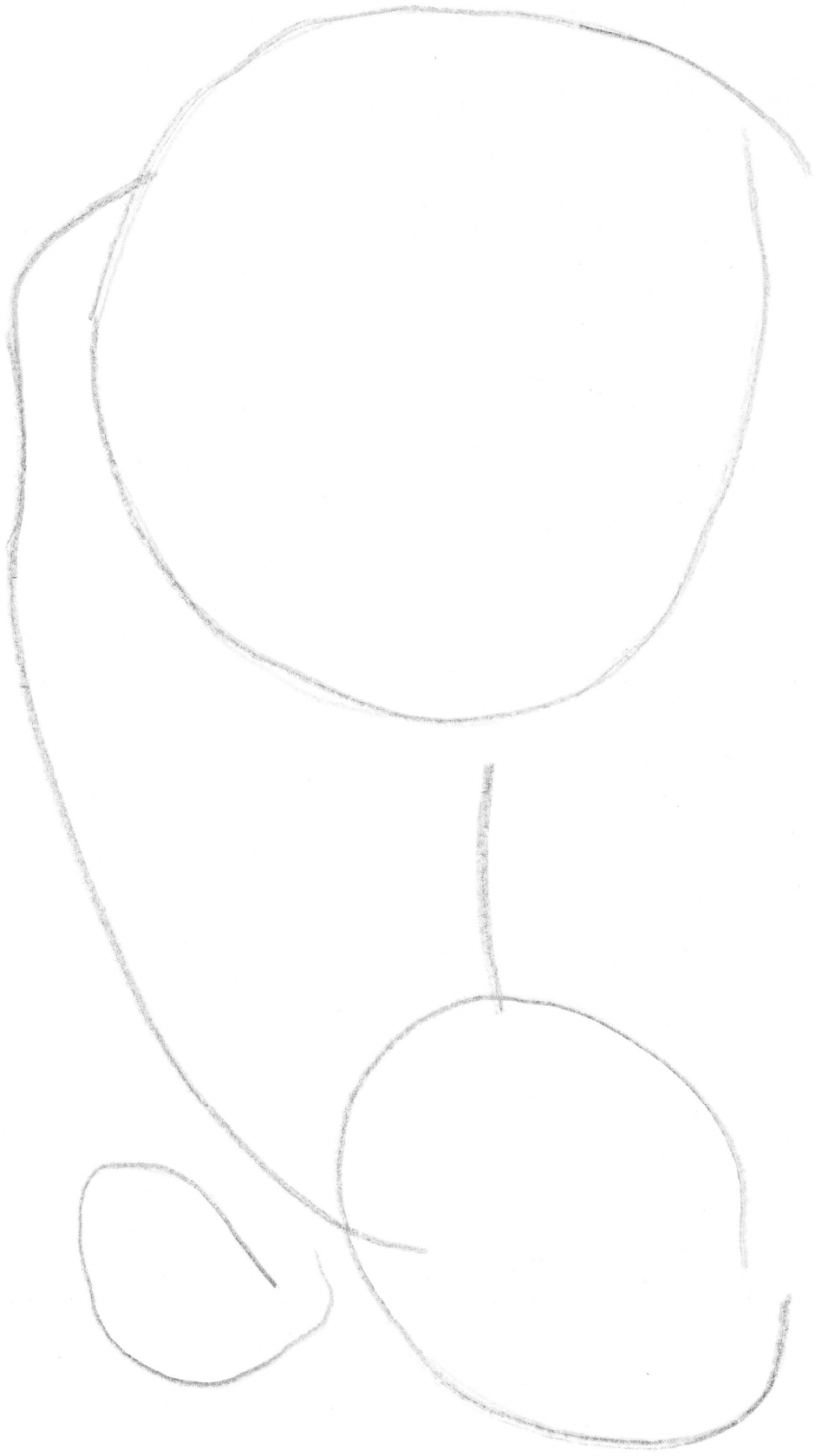
Matka: „Ano, mým velkým přáním je Jirku zařadit do běžné ZŠ, ale malotřídní, s menším počtem žáků. A s vůlí školy a učitele chci synovi pomoci."

Co Vás vedlo k tomuto rozhodnutí?

Matka: „Mé prvořadé v rozhodování bylo najít malotřídní školu v dosahu ČB, kde by byli ochotni ho přijmout s tímto handicapem, brát na to zřetel, pomoci mu. Na menší kolektiv dětí je zvyklý. Učitel má v tomto případě více času se dítěti individuálně věnovat, poznat jeho potřeby, jeho hranice v učení. Chci, aby Jirka chodil do školy rád s touhou se učit, aby se tam cítil dobře."

Děkuji za rozhovor.

Příloha D

Příloha E

Příloha F